Kritische Untersuchungen

über die Diagnose

der Haematocele retrouterina,

angeknüpft an einen Fall von

Uterus und Vagina duplex

mit Atresie und Verhaltung des Menstrualblutes der rechten Hälfte

von

Dr. K. Schroeder,

Assistenzarzt an der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik in Bonn.

Bonn, 1866.

Verlag von Max Cohen & Sohn.

Vorliegende Abhandlung, die, ursprünglich für die Veröffentlichung in einer Zeitschrift bestimmt, mir unter den Händen so voluminös geworden ist, dass sie den eigenen Abdruck wünschenswerth macht, wurde durch die Beobachtung des im Anfang der Arbeit mitgetheilten interessanten Krankheitsfalles veranlasst. Die Absicht, zu zeigen, dass ein solcher Fall bei Lebzeiten mit Bestimmtheit diagnosticirbar sei, veranlasste mich, mich in der Literatur der Haematocele — mit der die Verwechselung nach Simon hauptsächlich zu fürchten war — umzusehen. Das Resultat, zu dem ich dabei gelangte, auch ausführlicher zu motiviren, hielt ich für meine Pflicht, und so war es denn mit einer kurzen differentiellen Diagnostik nicht mehr gethan, sondern an die Erzählung des Falles knüpft sich eine kritische Studie über Haematocele. Diese hat eine etwas grössere Ausdehnung erlangt, weil es nöthig schien, die hauptsächlichsten Krankengeschichten und Sectionsbefunde, auf die die ganze Beweisführung gegründet ist, mitzutheilen. Es war dies besonders deshalb erforderlich, weil das grösste Material über Haematocele in französischen und zum Theil auch in englischen Schriften, die nicht jedem Leser leicht zugänglich sein mögen, zerstreuet ist, und die Mittheilung der betreffenden französischen und englischen Beobachtungen erschien auch insofern dankbar, als in deutschen Autoren nur zwei bei Lebzeiten genau beobachtete und nach dem Tode durch die Section als solche erhärtete Haematocelen zu finden waren.

Die interessante Beobachtung ist folgende:

Marie M., 19 J., aus Kaldau, wurde am 19. Januar 1866 in die hiesige gynäkologische Klinik aufgenommen. Die Patientin ist von mittlerer Grösse, für ihr Alter nicht sehr entwickelt, aber kräftig gebaut und breit in den Schultern und Hüften. Auch ist im Gesicht eine mehr als gewöhnliche Breite nicht zu verkennen. Als Kind war sie stets ge-

sund. Im Januar 1864, also mit 17 Jahren, menstruirte sie zum ersten Mal, es kamen jedoch nur wenige Tropfen ohne Beschwerden. Erst 3—4 Monate später zeigte sich die Periode wieder und erschien dann unregelmässig, mitunter nach 6 Wochen, häufig auch noch später, so dass sie bis jetzt im Ganzen vielleicht 8—10 Mal, zuletzt um Weihnachten herum, menstruirt hat. Bei der Menstruation hat sie nie Beschwerden gehabt und war sie bis zum Juli 1865 so gesund, dass sie schwere Arbeit zu verrichten im Stande gewesen ist. Im Juli — nicht zur Zeit der Periode — ist sie eines Nachts, nachdem sie am Abend um 10 Uhr, ohne Veränderung im Befinden zu verspüren, zu Bett gegangen war, um 12 Uhr mit den heftigsten Schmerzen im Unterleib erwacht, und am andern Morgen ist sie nicht im Stande gewesen, zu uriniren, so dass sie zweimal durch einen Arzt hat katheterisirt werden müssen. Später hat sie wieder spontan Urin entleert, aber immer sparsam, mitunter nur tropfenweise, unter Schmerzen und häufig. Auch beim Stuhlgang hat sie mitunter heftige Schmerzen. Seit jener Zeit nun hat sie zwischen den Schamlippen eine Geschwulst bemerkt, die bis jetzt zugenommen hat, aber nicht — wie sie bestimmt angibt — periodisch zur Zeit der Menses. Dass Allgemeinbefinden ist gut, die Schmerzen sind unbedeutend, nur genirt sie die Geschwulst zwischen den Labien. Sie hat mehrere Aerzte und Hebammen zu Rath gezogen, ohne dass Medicamente und Pessarien ihr genutzt hätten.

St. pr. am 20. Januar 1866. Bei der Besichtigung der Genitalien bemerkt man aus der etwas klaffenden Oeffnung der Nymphen einen runden Tumor hervorragen, der an der Oberfläche reichlich vascularisirt, aber nicht bläulich verfärbt ist. Dieser Tumor geht von der rechten Seite aus. Links sieht man hinter der Nymphe, hart an dem Tumor anliegend, den freien etwas gekerbten Rand des Hymen. Dieser Rand bildet nach hinten und nach vorn eine halbmondförmige Falte und geht nach rechts auf den Tumor über, und zwar so, dass die Falte hinten grösser ist, so dass der Tumor im Orificium der Scheide die rechte ganze und einen Theil der vordern Seite einnimmt. Auf dem Tumor sind noch mehrere nicht ganz verstrichene Falten des Hymen zu sehen. Es geht also der Tumor zwischen die beiden Schleimhautflächen der rechten Hälfte des Hymen hinein, und hat dieselben vollständig auseinandergefaltet. Verfolgt man den Tumor weiter in die Scheide hinein, so bemerkt man, dass er grösser und concaver wird, so dass er ungefähr in der Mitte der Scheide seinen grössten Umfang erreicht hat, während er nach oben wieder etwas kleiner wird. Im Ganzen ist er ungefähr gänseeigross und verengt die Scheide so beträchtlich, dass sich nur mit Mühe zwei Finger einführen lassen. Ganz hoch, etwas nach vorn, für den Finger nur mit äusserster Mühe erreichbar, ist ein kleiner Muttermund zu fühlen, an den rechts sich der Tumor unmittelbar ansetzt, so dass der Muttermund eine nach rechts offene hufeisenförmige Gestalt gewinnt; links ist das normale Scheidengewölbe vorhanden. Die Uterussonde geht ohne Widerstand bis an den Knopf hinein. Der Tumor bietet sehr deutliche Fluctuation dar und bleibt, nachdem der Urin durch den Katheter entleert ist, ebenso. In der Scheide ist starker Catarrh, so dass am untersuchenden Finger eine seröse Flüssigkeit herabläuft.

Bei der äussern Untersuchung lässt sich in der Höhe des Nabels ein Tumor palpiren, der in das kleine Becken hineingeht. Rechts zeigt derselbe eine kugelförmige Oberfläche, nach links eine deutliche Furche und dann wieder eine kugelförmige aber weit kleinere Erhebung. In dieser kleineren Erhebung ist die Uterussonde zu fühlen. Rechts neben dem grossen Tumor ist bei vorsichtiger Untersuchung ein anderer Tumor nicht mehr zu entdecken. Bei Druck auf den grossen Tumor fühlt man den Stoss deutlich in dem in der Scheide befindlichen. Herr Geh. Medicinalrath Veit stellt die Diagnose mit Bestimmtheit auf Uterus und Vagina duplex mit Atresie und Verhaltung des Menstrualblutes der rechten Hälfte.

Da der Tumor ungemein prall ist und die Periode in den nächsten Tagen kommen kann, so wird am 22./1. zur Entleerung des Tumor geschritten.

Die Patientin wird chloroformirt und in die Geschwulst nach oben von den darauf liegenden Falten des Hymen ein Einschnitt mit einem Bistouri gemacht. Aus der Schnittöffnung quillt sofort eine zähflüssige, theerartige, dunkelbraune Masse hervor. Mit der Scheere wird ein rundliches Stück herausgeschnitten und dadurch die Oeffnung so erweitert, dass sie bequem einen Finger durchlässt. Man kommt mit dem Finger an den Muttermund der rechten Seite, der aber so erweitert ist, dass er im Nothfall mit der ganzen Hand zu passiren wäre. Der Cervix ist deutlich an einer dicken ringförmigen Lage zu erkennen. Es entleert sich etwas über ein Pfund Blut, circa 500 C. C. Das Blut reagirt alkalisch, lässt unter dem Mikroskop zerfallene und — jedenfalls durch die blutige Operation beigemischte — frische Blutkörperchen erkennen und gerinnt sehr bald. Eine nähere Exploration der Bauchdecken wird aus Vorsicht einstweilen unterlassen. Sie wird in das Bett zurückgebracht und auf ein Steckbecken gelegt. Als sie Bedürfniss zum Uriniren fühlt, wird der Harn mit dem Katheter entleert. Einige Stunden später befindet sie sich gut und hat nur zeitweise ganz geringe Kreuzschmerzen. Im Uebrigen spürt sie grosse Erleichterung. Temperatur, Puls und Respiration sind 2 Stunden nach der Operation 37,8. 94. 25. A. 38,1. 98. 25. Keine Schmerzen.

23. M. 37,7. 90. 20. Bis gestern Abend hat sie auf dem Steckbecken gelegen und ist noch etwas von dem Blut abgegangen. Sie hat die Nacht gut geschlafen und hat keine Schmerzen. Der rechte Muttermund hat sich bedeutend zusammengezogen. Er ist jetzt ungefähr thalergross. Die Wand zwischen den beiden Scheiden ist sehr dick. Der Tumor im Abdomen ist sehr klein geworden. Das ausgeschnittene Stück zeigt auf beiden Flächen Epithel. Das äussere ist epidermisähnlich mit platten grossen Zellen; das innere Epithel ist zart, die Zellen mehr rundlich mit sehr grossen deutlichen Kernen. Das dazwischen liegende Bindegewebe ist sehr reich an elastischen Fasern.

A. 37,6. 84. 21.

24. M. 37,9. 80. 21. Die Excisionsöffnung verengt sich bedeutend. Auch der rechte Muttermund ist noch etwas enger geworden. Man könnte aber im Nothfall noch mit 2 Fingern hindurch. Keine Kreuz- und keine Leibschmerzen.

A. 37,6. 84. 26.

25. M. 37,8. 88. 22. Die Wunde verengt sich bedeutend.

A. 37,7. 84. 26. Sie gibt an, dass sie etwas frisches Blut verloren hat.

26. M. 37,6. 88. 20.

A. 37,6. 76. 16.

27. M. 37,4. 72. 22.

A. 37,5. 70, 21. Es geht ihr gut. Sie hat weder Kreuz- noch Leibschmerzen. Am 30./1. steht sie auf. Am 31./1. wird sie in der Chloroformnarkose untersucht. Der linke Muttermund ist seitenständig wie früher, noch immer hochstehend. Der linke Uterus geht weit nach links herüber. Die Sonde geht bis an den Knopf hinein. Die Excisionsöffnung hat sich so zusammengezogen, dass sie, um das Touchiren zu ermöglichen, erweitert werden muss. Der rechte Muttermund ist noch weit, bequem für einen Finger durchgängig, knorpelhart, der äussere weiter als der innere. Man kann den rechten Uterus durch Druck von aussen bequem über den untersuchenden Finger stülpen. Die Sonde geht bis etwas über den Knopf hinein. In der rechten Scheide starker Catarrh, links weniger. Der rechte Uterus wird vorsichtig mit Wasser ausgespritzt. Der weitere Verlauf wird zweimal durch Schüttelfröste mit ganz kurzen Fieberanfällen unterbrochen. Dabei klagt sie über Stechen im linken Hypochondrium, ohne dass weder an dieser Stelle noch an den Genitalorganen etwas nachzuweisen wäre.

Am 20./2. kann man durch die Oeffnung in der rechten Scheide nur mit Mühe noch einen Finger durchführen. Der äussere Muttermund ist noch durchgängig, der innere nicht mehr. Der rechte Uterus hat sich sehr verkleinert.

Am 3./3. wird sie entlassen. Die Oeffnung, die in die rechte Scheide führt, ist eine ziemliche Strecke hinter dem Hymen. Man kann nur zur Noth mit dem Finger hindurch. Der linke Muttermund ist wie früher, der rechte äussere ist für die Fingerspitze noch durchgängig. Man kann mit 2 Sonden beide Uteri zugleich sondiren, der rechte ist noch etwas länger. Beide Sondenknöpfe weichen nach aussen ab. Man kann sie durch die Bauchdecken hindurch fühlen, sie sind über 2 Zoll von einander entfernt. Bei der combinirten Untersuchung vom Mastdarm und von den Bauchdecken aus, fühlt sich der rechte Uterus massiger und härter an. Beide gehen in ziemlichen Winkeln auseinander. Scheidencatarrh ist nicht mehr vorhanden.

Sehen wir uns in der Literatur nach ähnlichen Fällen um, so ist die Ausbeute nur eine spärliche.

Rokitansky beschreibt in der Zeitschrift d. Gesellschaft d. Aerzte zu Wien 1859, Nr. 33, die mir leider nicht zu Gebote steht, zwei ähnliche Missbildungen, von denen (nach dem Referat im Canstatt'schen Jahresbericht über 1859, S. 412) die erste einen Uterus bicornis darstellte, dessen linke Hälfte weniger entwickelt, schlanker, dünnwandiger, konischer ist und eine unbedeutende, papillenartige, excentrisch in die Scheide inserirte

Vaginalportion hat; die rechte Hälfte ist gross und dickwandig, das Collum mündet nicht in die Scheide, sondern ist durch eine colloidartige, bräunliche Flüssigkeit zu einer 1" weiten Kapsel ausgedehnt. Jede der beiden Hälften hat ihre Tube und ihr Ovarium, die rechte Niere fehlt. Die 24jährige Person war niemals menstruirt gewesen.

Im zweiten Fall besteht der Uterus aus zwei sehr zarten, schlanken, spindelförmigen Hälften; das Septum setzt sich in die Scheide fort, der rechte Scheidenkanal endigt schon in der Mitte der Scheidenlänge blind. Auch hier fehlt die rechte Niere.

Einen dritten derartigen Fall beschreibt Rokitansky in derselben Zeitschrift 1860, Nr. 31, S. 481:

Am 11. Juli 1860 wurde die Leiche einer 24 Jahr alten Weibsperson secirt, über deren Kranksein Folgendes eruirt wurde:

Die Kranke gab bei ihrer Aufnahme im allgemeinen Krankenhause am 30. December 1858 an, vor 2 Jahren einen Sturz in einen Eiskeller erlitten zu haben, worauf sie längere Zeit mit Schmerzen im Unterleib bettlägerig gewesen und die Menses durch ein Jahr ausgeblieben waren. Diese kamen seitdem wieder und hörten auch wieder auf, wobei sich allmälig ein blenorrhoischer Ausfluss aus der Scheide einstellte. Im Krankenhaus eruirte man eine Verflachung des Scheidengewölbes links, übelriechenden Ausfluss, schmerzhaftes Hypogastrium; die Verflachung des Scheidengewölbes wurde später zu einem herein protuberirenden Wulste; es traten heftige anfallsweise Kreuzschmerzen, Schmerzen in der linken Hüfte und im Gesässe ein. Im November 1859 ein Frostanfall, bei allem dem gutes Aussehen und Wohlbefinden. Am 4. Februar 1860 verliess sie das Krankenhaus, kam aber bald wieder; die Schmerzen bei der äussern und innern Untersuchung waren gesteigert, der Ausfluss stärker, dabei zeitweiliger Eintritt der Menses; — vom 23. Juni an Frostanfälle, heftiges Fieber und am 10. Juli 1860 der Tod.

Die Section ergab Folgendes:

Körper mittlerer Grösse, abgemagert, blass, der Unterleib ausgedehnt.

In der Bauchhöhle 5—6 Pfund trüber, schmutzig graulich-grünlicher purulenter Flüssigkeit, das Bauchfell stellenweise geröthet, injicirt, im Hypogastrium trübe und missfarbig.

Links im Hypogastrium fand sich bei der Eröffnung des Unterleibs ein in seinen Wänden auseinanderweichender und vielfach destruirter Jaucheheerd, welcher seinen Inhalt in das kleine Becken ergossen hatte. Seine vordere Wand bildete die Bauchwand bis unter das Leistenband herab, deren vom Peritoneum entblösste, aponeurotische und muskulöse Strata tief verjaucht waren; seine hintere Wand bildete die vordere (äussere) Lamelle des Gekröses des schräg über den Beckeneingang nach rechts hin lagernden oberen Schenkels der S-Krümmung mit einem an ihr und nach innen an der rechten Hälfte eines Uterus bicornis, ferner an der Tuba haftenden morschen Residuum eines Sackes, welcher sich

als die hintere Wand eines Ovariumabscesses linker Seite auswies, der ursprünglich den Umfang eines Enteneies gehabt haben mochte. Von der exulcerirten vorderen Wand dieses Heerdes her waren die subperitonealen und intermuskularen Bindegewebstraten der Bauchwand im ganzen Hypogastrium und von ihnen aus weiter die Scheide der Cruralgefässe bis in's Trigonum herab, ferner das subperitoneale Bindegewebe am Scheitel und an den Seitenwänden der Harnblase jauchig infiltrirt; das retroperitoneale Binde- und Fettgewebe links im kleinen Becken und längs des Rectum in das Gekröse der S-Schlinge herauf verdickt, verdichtet und von angeschwollenen Lymphdrüsen durchsetzt.

Der Uterus war ein mit einem vollständigen Septum versehener bicornis, dessen Commissurenstück 1″ unter den Tubar-Insertionen lag. Die rechte Uterushälfte mass von der Spitze zum orif. ext. 3″, und war in der Wand ihres Körpers etwa 4‴ dick. Sie mündete mit einem normalen jungfräulichen Orificium in eine einfache missfarbige Vagina. Die linke Uterushöhle war grösser, ihr Körper bei einer gleichen Dicke seiner Wand mit jener der rechten mässig, dagegen der Cervix zu einer 9‴ im Durchmesser haltenden, in ihrer Wand 5‴ dicken Kapsel erweitert, welche eine schmutzig-gelbliche, dickliche Jauche enthielt und deren Innenfläche von zahlreichen vernarbten Exesionen uneben, schmutzig bläulich-grau erschien. Diese Kapsel bildete nach der, der rechten Uterushälfte angehörigen einfachen Vagina herein, eine, deren Gewölbe hereindrängende, fluctuirende Protuberanz. Von dem tiefsten Punkte dieser bis zur Höhe herauf mass diese Uterushälfte bei 4″, wovon 2″ 3‴ auf den erweiterten Cervix kamen. An der inneren das Septum der beiden Uteri constituirenden Wand fand sich eine kleine grubige Ausbeugung und in deren Tiefe ein für eine dünne Sonde durchgängiges Loch, durch welches man — etwa 6‴ über dem orif. ext. — in den Cervix der rechten Uterushälfte gelangte. Das linke Ovarium in der oben angegebenen Weise destruirt, die Tube gewulstet, das rechte Ovarium klein, mit spärlichen, zarten Narben bezeichnet, einige kleine (etwa hirsekorngrosse) und zwei grössere (etwa erbsengrosse) Follikel enthaltend; die Tube normal.

Einen diesem letzteren sehr ähnlichen Fall theilt Kussmaul (Von dem Mangel u. s. w. der Gebärmutter. Würzburg 1859, S. 195) mit.

Leroy sah bei Verschliessung des rechten Gebärmutterhorns am Halse gleichfalls eine Geschwulst durch das zurückgehaltene Menstrualblut entstehen, welche sich fast bis zum Nabel erstreckte, und genau einem Uterus im sechsten Monate der Schwangerschaft glich. Bei jeder Menstrualperiode steigerte sich der heftige Schmerz in der Gegend des Uterus und der Vagina. Durch horizontale Lage wurde der Schmerz gemindert. Die fluctuirende Geschwulst füllte die Höhle des kleinen Beckens fast ganz aus; erst nachdem durch den Troikart und mittelst eines Messers, welches die Stichwunde erweiterte, eine grosse Menge Flüssigkeit entleert worden war, konnte man den Uterus sammt seinem Muttermunde (d. h. das linke, unten offene Horn, Kussmaul) im obern Theil der Scheide fühlen. — Die 19 Jahre alte, seit kurzem verheirathete

Frau starb an Peritonitis in Folge der Operation. Man fand das rechte Horn bedeutend verdickt und vergrössert; es bildete eine sehr grosse Tasche, die angefüllt in die Scheide und nach oben bis zum Nabel gereicht hatte.

Ein Fall, der mit unserm obigen die grösste Aehnlichkeit hat, wurde von Dr. Beronius in Fahlun beobachtet und wird — wie es scheint aus der Hygiea referirt — in der Preussischen Medicinal-Zeitung, 1862, Nr. 33, S. 259 mitgetheilt.

Die Tochter des Schneiders A. P. von Mockfjärd, 21 J. alt, von kräftiger Constitution, war während ihrer Kindheit stets gesund gewesen. Die Menstruation stellte sich erst im 18. Jahre ein, war aber seitdem unregelmässig wiedergekehrt, so dass bisweilen ein bis zwei Monate vergingen, ohne dass sie sich zeigte. Wenn sie erschien, war dieselbe von Kolik, Reissen im Unterleibe und in den Beinen begleitet, die sich zu wehenähnlichen Schmerzen steigerten. Sie wurde am 19. April aufgenommen und gab an, dass sie während 3 Wochen an heftigem Druck und starken Schmerzen nach den Schamtheilen hin, als ob etwas aus denselben heraus wolle, gelitten habe. Eine darum befragte Hebamme hielt diese Erscheinungen für die eines Gebärmutterpolypen. Mittelst der Palpation durch die Bauchdecken konnte nichts Abnormes entdeckt werden, aber beim Touchiren per Vaginam fühlte man schräg nach oben und rechts durch die ganze Länge der Vagina einen resistenten, länglichen, fast cylindrischen Körper, der sich bei Druck nicht schmerzhaft erwies. Der Muttermund war weit nach hinten und schräg nach oben links zu fühlen. Am Introitus Vaginae, also am äusseren Ende des oben genannten Körpers, schien die Scheidewand gleichsam verdünnt, die Schleimhaut von dunkelrother Farbe, und bei leisem Druck etwas Fluctuation wahrnehmbar. Durch eine an der Stelle gemachte Oeffnung konnte ich den Finger in eine Höhle mit festen Wänden und mit einer rauhen, etwas zottigen Bekleidung versehen, einführen. Diese Höhle schien in ihrer Ausdehnung der in der Vagina gefundenen Geschwulst zu entsprechen. Aus derselben entleerte sich eine ganze Menge theils in Dissolution befindlichen, theils geronnenen Bluts, wonach sich Patientin auf einmal gänzlich frei von ihren Schmerzen fühlte. Ohne bekannte Ursache, insofern nicht irgend eine heftigere Bewegung dazu Veranlassung war, empfand sie am 5. Tage nach der Operation gleichsam ein Zerreissen im Unterleibe, worauf sich eine heftige Peritonitis einstellte, die innerhalb 36 Stunden tödtlich verlief.

Die Obduction zeigte einen Uterus bicornis et bilocularis. Jeder — soll wohl heissen Der, S. — Uterus war im Fundus getrennt, und machte daselbst zwei längliche Hörner aus; im Corpus gingen diese in einen gemeinsamen Körper über, der eine Scheidewand hatte, die sich vom Fundus bis zur Vaginalmündung erstreckte. Die linke Gebärmutterhöhle hatte ihre regelmässig gebildete, obwohl kurze Vaginalportion und öffnete sich mit dem Muttermund normal in die Vagina, weshalb sie auch, wie oben erwähnt ist, beim Touchiren zu erreichen war. Die rechte Höhle zeigte auch eine Vaginalportion angedeutet, diese war jedoch durch die vorhandene Blutstagnation (haematometra) so ausgedehnt worden, dass die Ge-

bärmutterhöhle mit der Vagina einen fast uniformen Canal bildete, dessen äussere Mündung die artificielle Oeffnung war. Die Textur des Uterus war ganz normal, die Wandungen der rechten Hälfte hatten fast doppelte Dicke gegen die der linken. Die Tubae Fallopii communicirten mit ihrem entsprechenden Horn des Uterus. Das linke Ovarium natürlich; das rechte war zum Theil mit dem Ostium abdominale Tubae Fallopii verwachsen und bildete durch Verschmelzung mit den umgebenden Theilen eine abgekapselte Höhle, deren vordere Wand das Lig. latum, die hintere, dünnere hatte eine Ruptur, wodurch also diese Höhle ihren, ohne Zweifel aus stagnirtem Blut bestandenen Inhalt in die Bauchhöhle entleert hatte.

In der französischen Literatur findet sich folgender Fall von Décès, der im Bulletin de la Société anatom., Juillet 1854, steht und den Bernutz (Clinique médicale sur les maladies des femmes, Paris 1860, T. I, S. 59) mittheilt.

Da auch Kussmaul (a. a. O. S. 194) ihn nur nach dem Canstatt'schen Jahresbericht gekannt zu haben scheint, so mag er hier ausführlich seine Stelle finden.

X, 16 J. alt, Leinwandhändlerin, wird am 16. Mai 1854 im Hospital la Riboisière aufgenommen. Von kräftiger Constitution und sanguinischem Temperament, ist sie immer gesund gewesen und ist ungefähr seit einem Jahr menstruirt. Bei jeder Periode hat sie lebhafte Schmerzen im Kreuz, und in der Gegend der Symphyse und gegen den Uterus hin ein sehr lästiges Gefühl von Hitze. Die Regeln fliessen nur sparsam und dauern im Allgemeinen nur 1 1/2—2 Tage. Seit 8 Monaten hat die Patientin die Entwickelung eines harten, leicht beweglichen Tumors in der linken regio iliaca bemerkt. Dieser Tumor hat bis jetzt sehr langsam, aber beständig zugenommen. Zur Zeit der Menstruation schwillt er an und wird schmerzhaft. Die Schmerzen verschwinden mit dem Aufhören der Periode und auch die Anschwellung nimmt wieder ab; sie hat aber bemerkt, dass der Tumor jedesmal etwas grösser bleibt, als er vor der Periode war. Sie ist in ihrem Hause von einem Arzte an einer »affection squirrheuse« behandelt.

Bei ihrer Aufnahme bietet sie das Bild der blühendsten Gesundheit. Die Verdauungsorgane functioniren gut, nur leidet sie seit einigen Monaten an ziemlich hartnäckiger Verstopfung. In den Carotiden leichtes intermittirendes Blasen. Herztöne rein. Der Unterleib ist gut geformt, nur mit Mühe lässt sich eine leichte Erhebung der linken Seite, in der sich der Tumor befindet, wahrnehmen. Dieser, von der Grösse einer starken Männerfaust, ist unmittelbar unter den Bauchdecken, die er etwas in die Höhe hebt, zu fühlen. Er bildet ein Dreieck mit abgerundeten Winkeln; seine innere Seite geht bis ungefähr 2 Centim. von der linea alba, die obere reicht fast bis zur linken spina iliaca und die untere scheint sich mit dem Poupart'schen Band zu verschmelzen. Der Tumor ist hart, wie fibrös, leicht uneben. Bei Druck auf die Bauchdecken lässt er sich, besonders der obere Theil, leicht in das kleine Becken verschieben; sein unterer Theil bleibt jedoch immer wie verschmolzen mit dem arcus cruralis. Bei Druck auf das Ganze ist sie nicht empfindlich, um-

schriebener Druck macht mitunter Schmerzen. Bisweilen hat sie auch lancinirende Schmerzen. Da die Kranke virgo ist, wird sie von der Scheide aus nicht untersucht; vom Mastdarm aus fühlt man durch die vordere Wand einen harten, ziemlich schmerzlosen Tumor, der dicht über dem Anus anfängt und sich nach oben, soweit der Finger reichen kann, verlängert. Er fühlt sich an wie der vergrösserte Uterus.

Am 29. Mai kann man durch die Bauchdecken Fluctuation fühlen.

Am 10. Juni hat sie seit 2 Tagen Zeichen von Conjestion zum Uterus aber keinen blutigen Ausfluss. Dieser kommt auch erst, obgleich sie am 14. 4 Blutegel an die Innenfläche der Schenkel kriegt, am 21., dauert 2 Tage und ist geringer wie gewöhnlich.

Am 26. wird die Scheide touchirt und mit einem Explorativtroikart der unterste Theil des Tumor von der Scheide aus punctirt. Es fliesst anfänglich nichts heraus, die herausgezogene Kanüle ist jedoch mit einer dicken, chokoladefarbenen Masse angefüllt, die wie zersetztes Blut aussieht. Die Consistenz ist wie dicker Syrup. Ebensolche Flüssigkeit von fötidem Geruch fliesst während des Tages in solcher Menge aus, dass mehrere Unterlagen voll werden. Am Abend kriegt sie Frost, Fieber, Erbrechen. Puls 120. (Ord.: Eis, 20 Blutegel auf den Unterleib, Opiumcataplasmen.)

Am 27. fliesst dieselbe Flüssigkeit aus der Punctionsöffnung, die Kranke delirirt etwas, der Leib ist nicht gespannt, sehr schmerzhaft, grünliches Erbrechen, 20 Blutegel.

Am 28. ist der Zustand derselbe. Puls 130. Das Uriniren ist erschwert, so dass sie katheterisirt werden muss. Der Ausfluss ist derselbe. (Ord.: Einreibungen von Ung. ciner. u. Extr. Belladonnae.)

Am 29. hat sie heftiges Fieber. Puls 145. Sie gleitet an das Fussende des Bettes, das Erbrechen dauert fort; in den grünlichen Massen sind Blutstreifen; der Leib ist sehr empfindlich, so dass das blosse Gewicht der Decke schon Schmerzen macht; Meteorismus ist nicht sehr stark; sie muss katheterisirt werden. 20 Blutegel auf das Abdomen, Einreibungen mit Belladonnasalbe. Aus der Vulva fliesst noch immer etwas von der fötiden chokoladefarbenen Flüssigkeit. Im Verlauf des Tages wird sie moribund, wird kalt und stirbt am 30. 4 Uhr Morgens.

Section am 1. Juli. Die Leiche ist nicht abgemagert. Bei der Oeffnung der Bauchhöhle findet man in derselben ungefähr 200 Grammes einer Flüssigkeit, die der, welche während des Lebens aus der Punctionsöffnung floss, ähnlich aber nicht so dick ist. Diese Flüssigkeit kommt aus einer in der linken Seite gelegenen Tasche, deren Grösse sich nicht mehr genau schätzen lässt. Die Wände der Cyste sind weich, dünn, von blauschwarzer Farbe, in ihr ist eine Oeffnung von $1^1/_2$ C. Durchmesser. Diese Cyste ist in mehrere mit einander communicirende Taschen getheilt, die durch dünne, mehr oder weniger vollständige Scheidewände getrennt sind. Die Consistenz der Cystenwände ist ähnlich der der Placenta. Sie enthält noch etwas Flüssigkeit von sehr fötidem Geruch.

Von Peritonitis sind nur Spuren da. Das reichlich mit Fett durchwachsene Netz ist normal. Keine Spur von Eiter, Pseudomembranon oder Adhaesionen. Der Darm ist mässig ausgedehnt, die Serosa leicht trübe. Auf der Magenschleimhaut sind einige Ekchymosen.

Der Inhalt des Beckens wird herausgenommen und zeigt folgendes:

Die ihrer ganzen Länge nach aufgeschnittene Vagina ist normal. An ihrer oberen und linken Seite ist die durch den Probetroikart gemachte Oeffnung, die etwas grösser geworden zu sein scheint. Der Uterus ist kleiner als normal, Farbe und Consistenz bieten nichts besonderes. Rechts finden sich Tube und Ovarium, aber links ist er vom Peritoneum fast bis zum Hals bedeckt ohne Spur von Tube und Ovarium. Das Peritoneum geht von da nach vorne auf die Blase und nach links auf einen zweiten Uterus über, mit dem der erste nur durch die Continuität des Gewebes zusammenhängt. Dieser zweite voluminösere Uterus liegt links vom ersten, zwischen Blase und Rectum, er hat die normale Gestalt, seine Längsachse geht von oben aussen nach unten innen. Aufgeschnitten zeigt er dieselbe Flüssigkeit wie die Cyste, aber in geringerer Quantität, seine rechte Seite ist ganz vom Peritoneum bedeckt und fehlt an dieser Seite Tube und Ovarium. Eine Continuitätstrennung ist hier nicht bemerkbar. An der Vereinigungsstelle des obern Randes mit dem linken ist eine runde Oeffnung, die ganz wie die erweiterte Tubenmündung aussieht. Luft, die man hier einbläst, kommt durch einen Gang, der ebenso wie die Tube der andern Seite aussieht, in die oben erwähnte Cyste. Nur erweitert sich dieser Gang vor der Cyste trichterförmig; seine Wände werden an der Stelle, wo er, plötzlich beträchtlich weiter werdend, die oben erwähnte Tasche bildet, dicker. Diese Tasche scheint durch den Pavillon der Tube gebildet zu sein und bildet zahlreiche und alte Adhaesionen mit den umgebenden Organen und namentlich mit dem Rectum. Unten und nach innen von der Cyste liegt ein kleiner weisslicher Körper, das Ovarium.

Unten öffnet sich der Uterus durch einen Hals, der weiter und weniger lang ist als normal, in eine sehr dilatirte Scheide. Diese endigt etwas unterhalb der Punctionsstelle blind. Sie grenzt vorn an die Blase, hinten an das Rectum und rechts an die rechte Scheide, hinter welcher sie sich noch verlängert. Uebrigens communiciren Uterus und Scheide der rechten Seite nirgends mit denen links. Die Höhlungen sind getrennt und unabhängig. Während das menstruale Blut rechts normal floss, häufte es sich links an, veränderte sich und bildete die erwähnte Flüssigkeit. Ein Stück vom zweiten Uterus zeigt unter dem Mikroskop Uterusgewebe mit glatten Muskelfasern. Im Collum ist der arbor vitae weniger deutlich, aber doch zu erkennen; der linke Muttermund ragt weniger weit in die Scheide hinein.

Noch ist zu bemerken, dass Gallard in der discussion sur les hématocèles péri-uterines der Soc. anatom. de Paris nach dem Bulletin vom April 1858, S. 164 erwähnt, dass er zwei Fälle von halbseitiger haematometra mit Rückfluss des Blutes durch die Tuben gesehen habe; der eine davon mag der von Décès sein, über den andern konnte ich keine weiteren Nachrichten auffinden.

Der neueste Fall, in dem gleichfalls von Veit die Diagnose an der Lebenden gestellt wurde, ist von Simon in der Monatsschrift für Geb. und Fr., Bd. 24, Berlin 1864, S. 292 veröffent-

licht. Sein Abdruck mag hier, da die erwähnte Zeitschrift ganz allgemein zugänglich ist, unterbleiben, und will ich nur erwähnen, dass der Fall mit dem unsrigen sehr grosse Aehnlichkeit zeigt, nur dass die Geschwulst links sass. Weitere Verschiedenheiten werden wir in der Epikrise näher betrachten.

Nachdem wir die analogen Fälle, die ich in der Literatur auffinden konnte, durchgesehen haben, wollen wir zu unserer Beobachtung zurückkehren.

An ihr fällt zunächst die Anamnese auf. Nicht nur, dass erst $1^1/_2$ Jahr nach Eintritt der ersten Menses und zwar ganz plötzlich die ersten Störungen auftraten, so wurde auch von der recht intelligenten Patientin ein Zusammenhang zwischen der Menstruation einerseits und den Beschwerden und der Geschwulst andererseits auf das Entschiedenste in Abrede gestellt. Die Geschwulst soll plötzlich entstanden sein, jedenfalls traten die Beschwerden ganz plötzlich ausserhalb der Zeit der Menstruation ein. Es lassen sich diese anamnestischen Facta kaum anders erklären, als durch die Annahme, dass die Menstruation in den beiden Uterushälften zu verschiedenen Zeiten stattgefunden habe. Dann konnte im Juli die Geschwulst, die ganz gewiss schon bestanden, nur keine Beschwerden gemacht hatte, und die deshalb von dem noch unschuldigen Mädchen nicht beachtet war, ausserhalb der Zeit der Menstruation des linken Uterus, durch einen starken menstrualen Blutfluss der rechten Seite sich plötzlich so vergrössern, dass jetzt die in der Anamnese erwähnten Beschwerden eintraten.

Diese Annahme findet in einem von Kussmaul mitgetheilten Fall ihr Analogon. Es heisst da (a. a. O. S. 192): „Godard (Gaz. hebdom. 1856, 4 Juillet, p. 484) behauptet, in einem Falle von doppelter Scheide und Gebärmutter habe die Blutabscheidung aus den beiden Gebärmutterhälsen nicht gleichzeitig stattgefunden, und die eine Gebärmutter sei öfters hinter der anderen zurückgeblieben. Die linke Scheide war geräumiger, als die rechte.“ Kussmaul scheint allerdings in diese Beobachtung einige Zweifel zu setzen, doch wird die Möglichkeit ihres Vorkommens durch andere interessante Beobachtungen, die Kussmaul selbst constatirt, unterstützt. Es ist nämlich (s. S. 263) bei Schwangerschaft beider Hälften von doppeltem Uterus zu wiederholten Malen beobachtet, „dass jede Hälfte unabhängig von der anderen und in sehr weit von einander entlegenen Zeitpuncten ihre Frucht ausstossen kann (Laschan, Generali, Barker u. s. w.). Werden die Früchte rasch nach einander entfernt, so erweist sich auch

hier die Wehenthätigkeit in beiden Hälften ganz selbstständig, wie dies namentlich die Beobachtungen von Geiss und Arnoldi darthun. Im ersten Falle zog sich das eine Horn des Uterus bicornis unicollis kräftig, das andere langsam zusammen, im zweiten Falle dehnte sich die eine Höhle aus, während sich die andere zusammenzog.

Aus diesen wichtigen Thatsachen wird es in hohem Grade wahrscheinlich, dass jedes Horn der Gebärmutter bei Uterus duplex und Uterus bicornis unicollis sein eigenes Bewegungs-Centrum besitze."

Diese Beobachtung ist wohl physiologisch eben so schwierig zu erklären, als die Menstruation aus beiden Hälften zu verschiedenen Zeiten. Unser Fall lässt kaum eine andere Erklärung zu. Wir haben die Patientin, obgleich sie sehr bald genesen war, um eben den Eintritt der Menses genau beobachten zu können, noch 6 Wochen nach der Operation in der Klinik behalten, ohne dass sich bis dahin die Menses gezeigt hätten. Ein längerer Aufenthalt war, da sie sich vollständig gesund fühlte, nicht zu erreichen.

Eine auffallende Entwickelung des Körpers und besonders des Gesichts in die Breite (s. Kussmaul a. a. O. S. 183) war auch bei der M. nicht zu verkennen.

Was die anatomischen Verhältnisse in unserm Fall anbelangt, so sind dieselben, obgleich glücklicherweise durch die Section nicht constatirt, doch ziemlich klar. Wenn man es auch, so lange der rechte Uterus nicht entleert war, unentschieden lassen musste, ob der Uterus mehr ein bicornis oder mehr ein septus sei, so liess die spätere Untersuchung über die Bicornität keinen Zweifel. Die meiste Aehnlichkeit hat unser Fall jedenfalls mit dem von Beronius. Wie die Tube der rechten Seite sich verhielt, hat sich nicht constatiren lassen, da es anfänglich dringend geboten schien, zum Zweck der Palpation keinen stärkeren Druck auf einen etwaigen Tumor der Tube auszuüben. Später war durch die Palpation rechts von der rechten Hälfte mit Bestimmtheit kein Tumor mehr nachzuweisen. Möglich ist, dass Undurchgängigkeit des Ostium uterinum der Tube zum günstigen Ausgang des Falles mit beigetragen hat. Der Ausgang in Peritonitis nach der Entleerung und zwar meist durch Ruptur der ausgedehnten Tube ist auch bei einfacher Haematometra ein ganz auffallend häufiger. Das Verhalten des Cervix der fehlerhaft gebildeten Seite war in unserm Fall ganz so wie bei Beronius.

Von dem Simon'schen Fall unterscheidet sich der unsrige — von der Verschiedenheit des Sitzes abgesehen — wie es scheint hauptsächlich durch die Art der Endigung der blinden Scheide. Bei unserer Patientin hatte die linke offene Scheide ein vollständig normal gebildetes Hymen und endigte die rechte Scheide offenbar etwas oberhalb dieses Hymen blind, so dass erst durch die starke Ausdehnung der rechten Scheide der Tumor zwischen die beiden Schleimhautfalten des rechten Hymenrandes hineingetrieben wurde. Hierfür spricht der Umstand, dass bei der späteren Untersuchung die künstliche Oeffnung etwas oberhalb des Hymen lag. Bei Simon hingegen scheint einfach eine Atresia hymenalis der linken Scheidenhälfte vorgelegen zu haben. Hierfür spricht das stärkere, klein-hühnereigrosse Vorspringen der Anschwellung im Scheideneingang, während sich der Umfang des Tumors in der Mitte der Scheidenlänge etwas verringert. Dies auffallende Verhalten konnte wohl nur dadurch zu Stande kommen, dass das Hymen eine grössere Dehnbarkeit als die Scheidenwandung hat. Dafür spricht ferner auch, dass der Inhalt der stark fluctuirenden Geschwulst bläulich durchschimmerte, was natürlich durch das dünne Hymen leichter als durch wirkliche doppelte Scheidenschleimhaut geschieht. Auch in dieser Beziehung scheint unser Fall mit dem von Beronius und Décès grössere Aehnlichkeit zu haben, obgleich gerade in diesem Punct der erstere ungenau und der zweite unklar beschrieben ist. In dem zweiten Rokitansky'schen Fall ging die verschlossene Scheide nur bis zur Mitte der Scheidenlänge. In den 3 übrigen citirten Fällen war die Scheide einfach.

Wenden wir uns jetzt zu der Frage, ob ein solcher Bildungsfehler bei Lebzeiten mit Bestimmtheit diagnosticirbar sei? Diese Frage ist, abgesehen von dem wissenschaftlichen Interesse, auch in praktisch-therapeutischer Beziehung keine müssige. Denn die Diagnose des Entwicklungsfehlers macht natürlich eine sofortige Entleerung des blutigen Inhaltes noch vor der nächsten Menstruation zur dringendsten Pflicht, während eine andere Diagnose vielleicht ein exspectatives Verhalten rechtfertigen würde.

Simon bemerkt sehr richtig, dass die Diagnose nur zwischen obigem Bildungsfehler und der Haematocele schwanken konnte, wagte aber nicht, vor der Punction sich zwischen diesen beiden endgültig zu entscheiden.

Um uns nun über die Möglichkeit einer exacten differentiellen Diagnose zwischen diesen beiden Zuständen klar zu werden,

ist es, da unter dem Namen Haematocele uterina, retrouterina und periuterina verschiedenes zusammengeworfen ist, unausbleiblich nothwendig, etwas weiter auszuholen, und zunächst den Begriff der Haematocele sicher zu stellen.

Nelaton — der erste, der uns ein klinisches Bild der Haematocele gegeben hat — beschreibt unter diesem Namen einen Tumor im hintern Scheidengewölbe mit blutigem Inhalt. (S. Gazette des Hôpitaux 1851, Nr. 16, 143, 144 u. 145) und erklärt die Entstehung desselben (s. Gaz. d. Hôp. 1852, Nr. 12) aus einem bei der Ovulation stattfindenden excessiven Bluterguss in den Douglas'schen Raum, der durch adhäsive Peritonitis abgekapselt wird.

Das precise klinische Bild der Haematocele, welches man durch diese Definition erhält, ist durch Bernutz (S. Bernutz et Goupil. Clinique médic. sur les mal. des femmes. Paris 1860, T. I) verwischt worden. Bernutz hat sich ein sehr zweifelhaftes Verdienst erworben, indem er allen Blutergüssen, die von den weiblichen Genitalien aus in das cavum peritonei stattfinden, den Namen der Haematocele beilegt, und dann allerdings mit Recht bemerkt, dass dieser Ausdruck ebensowenig wie Lungenblutung, Nasenbluten und Melaena eine eigene Krankheit darstellen kann, sondern einzig als Symptom zu betrachten ist.

Diese Eintheilung vom rein aetiologischen Standpunkt schliesst alle retrouterinen Bluttumoren, die eine andere Quelle als die weiblichen Genitalien haben, von der Haematocele aus, während in das Gebiet derselben schnell tödtlich verlaufende Blutergüsse in den Peritonealraum fallen, sofern sie nur von den Genitalien ausgehen, ganz abgesehen davon, ob sie einen Tumor in der Gegend des Uterus bilden oder nicht.

Will man überhaupt ein klinisches Bild für die Haematocele festhalten, so muss man vor allem die freien Blutergüsse in die Bauchhöhle ausschliessen. Am Krankenlager wird es in dem Krankheitsbild ganz gewiss nur nebensächliche Unterschiede machen, ob die tödtliche Blutung von einem perforirten Magengeschwür, von einer Extrauterinschwangerschaft, oder von einer ausgedehnten Vene des Ovarium herrührt, und in keinem Falle wird man Symptome sehen, die mit dem von Nelaton als Haematocele geschilderten Bilde Aehnlichkeit haben.

Will man nach Ausscheidung dieser freien Blutergüsse aus den zahlreichen in ihrem Sitz und ihren Symptomen sehr ver-

schiedenen unter dem Namen der Haematocele beschriebenen Tumoren eine klare Vorstellung über die pathologische Anatomie und die Semiotik der Blutgeschwülste in der Nähe des Uterus gewinnen, so erscheint es als der rationellste Weg dazu, aus sämmtlichen Beobachtungen die herauszuwählen, bei denen der Befund bei Lebzeiten und nach dem Tode in gleicher Weise einigermassen genau geschildert ist, aus ihnen sich das Krankheitsbild zu construiren und an der Hand der erhaltenen Aufschlüsse die übrigen Beobachtungen kritisch durchzugehen.

Ich habe in der Literatur nur 8 Beobachtungen finden können, die in jeder Beziehung diesen Anforderungen entsprechen und sehe mich genöthigt, da die ganze folgende Beweisführung auf ihnen basirt ist, dieselben einzeln durchzugehen.

Die erste Beobachtung wird von Henry Madge in den Transactions of the obstetrical society of London, Vol. III, London 1862, S. 83, so ausführlich mitgetheilt, dass ich sie nur sehr abgekürzt wiedergeben kann.

I. Mrs. L., 34 J. alt, hat 3 Mal geboren, das letzte Mal vor 6 Jahren. Ausser der Cholera asiatica, die sie vor 6 Jahren überstanden hat, ist sie immer gesund gewesen. Seitdem aber ist sie nicht mehr schwanger geworden, obgleich sie sich sonst vollständig erholt hat. Menstruirt ist sie regelmässig, aber in der letzten Zeit stärker und länger. Am Abend des 27. October 1860 sind 2 Tage der Periode vorüber, als sie heftige Unterleibsschmerzen kriegt, die die Nacht und den folgenden Tag anhalten. Bei symptomatischer Behandlung lassen die Erscheinungen in einigen Tagen nach. Die Menses, die während des Anfalls nicht aufgehört hatten, verschwinden allmälig. Als sie aber am 5. November einen Spaziergang macht, wird sie anscheinend sterbend nach Haus gebracht. Sie ist bleich, kalt, der Puls kaum zu fühlen, Bewusstsein unvollständig. Auf dem Spaziergang ist sie plötzlich von einem Blutverlust aus der Scheide überrascht worden, so dass sie schwach geworden ist. Zu Hause ist der Ausfluss aus der Scheide gering und hört noch während der Nacht ganz auf. Der Collapsus bleibt bis zum nächsten Tag.

Am 6. November hat sie peritonitische Erscheinungen in der untern Bauchgegend, besonders rechts.

Am 7. Nov. sieht man in der Regio hypogastrica einen runden, gut abgrenzbaren Tumor, der ziemlich in der Mitte liegt und fast bis zum Nabel geht. Dieser Tumor ist am 8. hart und ausserordentlich empfindlich. Bei der inneren Untersuchung findet man den Tumor im kleinen Becken bis 3″ von der Vulva sich erstreckend. Die hintere Scheidewand ist in allen Richtungen ausgebuchtet, nach vorn so stark, dass der Finger den obern Theil der Scheide kaum passiren kann. Der Muttermund ist dicht an die Symphyse gedrückt, der Uterus retrovertirt. Die Muttermundslippen dünn, für die Fingerspitze geöffnet. Auch vom Rectum aus ist der Tumor, der dasselbe verlegte, im ganzen hintern Theil

des Beckens fühlbar; er ist hart, uneben, resistent, auf ihm fühlt man schmale, schnurähnliche, nicht pulsirende Erhabenheiten, wahrscheinlich ausgedehnte Venen. Fluctuation ist auf keine Weise zu entdecken. Tenesmus und Blasenbeschwerden fehlen, auch ist die innere Untersuchung nicht empfindlich, obgleich die Patientin spontane Schmerzen hat. Die Anaemie ist stark ausgesprochen.

Die acuten Symptome lassen nach, der Tumor im Unterleib bleibt kindskopfgross, wird aber weniger empfindlich, der Scheidenbefund bleibt der nämliche.

Die Diagnose wird auf Haematocele gestellt und eine exspectative Behandlung beschlossen.

Bis zum 18. geht es etwas besser und der Tumor hat eher abgenommen. In der letzten Nacht hat sie reichlichen Stuhl von kaffeesatzähnlichen Massen gehabt, der Tumor ist aber eher grösser als früher, und der in der Scheide nur etwas weicher, so dass es scheint, als ob links der Fundus des retrovertirten Uterus zu fühlen ist. Auch die Gesichtsfarbe und der Puls deuten auf eine neue Blutung hin. In der nächsten Zeit verliert sie viel glasigen Schleim und Eiter. Der Tumor bleibt stationär und fühlt sich ähnlich wie ein contrahirter Uterus nach der Geburt an. Das Allgemeinbefinden ist etwas besser.

Einen Monat nach Beginn der Krankheit erscheinen die Katamenien wieder und machen vom 2. Tage an beunruhigende Erscheinungen: Anaemie, partieller Collapsus und Schmerzen in der Gegend des Tumor. Dabei hebt Madge besonders hervor, dass die bis dahin weisse Hautfarbe gelblich wie in malignen Krankheiten wird.

In den nächsten 14 Tagen scheint sie sich zu bessern, als sie eine Phlegmasia dolens des linken und bald darauf, aber geringer, des rechten Beins kriegt.

Bei der nächsten Periode verliert sie einen Tag hindurch wenig Blut, am nächsten Tage aber viel verändertes Blut durch das Rectum. Dieser Blutfluss hält 2 Tage an, der Tumor im Unterleib verschwindet schnell, sie collabirt und stirbt am 28. December.

Section 20 Stunden p. m.

Im Abdomen sieht man das vollständig fettlose Netz durch Adhaesionen mit den Dünndarmschlingen verwachsen. Diese gleichfalls unter einander verschmolzen, bilden die Decke einer grossen Höhle, die den grössten Theil des Beckenraumes einzunehmen scheint. Aus dieser Höhle, die die Haematocele bildet, wird ein Blutklumpen von 6 Unzen frischen, nicht veränderten Blutes herausgenommen, der auf dem Boden der Tasche liegt. Ueber eine Pinte Blut wird mit dem Schwamm entfernt. Vorn wird die Haematocele von der hintern Uterusfläche und den breiten Mutterbändern, hinten vom Rectum, oben von den verklebten Darmschlingen begrenzt, überall aber vom Peritoneum, so dass die Höhle vom rectovaginalen Blindsack des Peritoneum, der abnorm ausgedehnt und verändert ist, gebildet wird.

Coccum und Flexura sigmoidea sind in die Adhaesionen mit hineingezogen. Das Innere der Haematocele sieht dunkel bleifarben aus, sehr verschieden von der aschgrauen Färbung, wie man sie oft in alten Höhlen trifft oder von der durch verändertes Blut bewirkten melanotischen Be-

schaffenheit. Dieselbe dunkle Farbe durchdringt beinahe alle Eingeweide. Madge schreibt es den Bleipräparaten zu, die sie der Haemorrhagie wegen reichlich bekommen hat. Die Wände der Höhle bieten ein fetziges, unebenes Aussehen dar, wie von unregelmässigen Lymph- und Fibrinablagerungen. Seitlich haben die Wände eine Dicke von $^1/_2$ Zoll oder mehr und sind hart und knorpelig. An einzelnen Stellen befinden sich lockere lange Bänder von wohlorganisirten Pseudomembranen. Ein grosses Band theilt den ganzen Sack in zwei gleiche Theile und in diesem Septum ist eine Oeffnung von der Grösse einer halben Krone. Das Entstehen der Oeffnung in diesem Bande (welches bis dahin den Inhalt des oberen Theils der Haematocele abgeschlossen hatte) scheint die unmittelbare Todesursache geworden zu sein. An dem oberen Theil des linken lig. latum ist eine Oeffnung mit stark gerissenen Rändern, von der Grösse eines 4 Pfennigstückes, die an einer Seite mit dem Ueberzug des linken Ovarium, an der anderen mit der dahinterliegenden oberen Abtheilung der Haematocele communicirt. Dies ist augenscheinlich eine der Quellen der Blutung gewesen.

Von dem linken Ovarium ist nur ein kleiner Theil von gesundem aber hyperämischem Stroma übrig; der übrige Inhalt des kleinorangegrossen Ovarium besteht aus zwei, durch eine dicke Pseudomembran getrennten Blutcysten, von denen die kleinere mit der Oeffnung im lig. latum, die grössere mit dem unteren Theil der Haematocele communicirt.

Das Stroma des rechten Ovarium ist gesund, Corpora lutea in verschiedenen Stadien enthaltend und, besonders an seiner hinteren Seite, die die vordere Wand der Haematocele mitbilden hilft, stark mit Pseudomembranen verfilzt.

Der Uterus wenig vergrössert, die Schleimhaut etwas verdickt, leicht blutig, wie bei der Menstruation.

Die linke Tube vollständig, die rechte am Ostium uterinum undurchgängig.

Die lig. lata durch peritonitische Adhaesionen, aber auch durch extraperitoneale entzündliche Processe zwischen den beiden Blättern stark verdickt.

Im oberen Drittel des Rectum, ungefähr in der Höhe der normalen Stellung des Muttermundes, sind zwei unregelmässige Oeffnungen neben einander. Der Substanzverlust in der Schleimhaut ist $^3/_4$ Zoll lang und für beide Oeffnungen gemeinschaftlich. Diese sind geschieden durch eine mehrere Linien breite Brücke der darunter liegenden Gewebe und führen direct in die Höhle der Haematocele.

Die peritonitischen Verdickungen gehen vorn nur bis zum Fundus uteri. Die vordere Fläche des Uterus, Blase und der übrige Inhalt der Bauchhöhle sind frei von Adhaesionen. Die Milz stark vergrössert.

Die mikroskopische Untersuchung des Inhalts der Cyste ergibt frische und veränderte Blutkörperchen, auch Eiterkörperchen und schwarze und gelbe, stellenweise krystallinische Massen, die Hauptsache ist Detritus von Blut, Fibrin und Eiter.

Die zweite Beobachtung ist von Stolz. Sie ist von Engelhart (De l'hématocèle rétro-uterine. Thèse. Strasburg 1856. S. 35) mitgetheilt und wird von Bernutz (a. a. O. S. 280) angeführt.

II. Augustine K., 38 J. alt, Wäscherin in Strassburg, hat seit ihrem 14. Jahre die Periode regelmässig alle 3 Wochen. Vor 17 Jahren hat sie geboren; das Wochenbett ist normal verlaufen.

Seit 3 Monaten haben die Regeln ohne Ursache cessirt, indessen war die letzte Periode normal. Seit 3 Wochen spürt sie Schmerzen im Unterleib und ist verstopft. Das erste Mal bessern sich die Erscheinungen durch einfache Ruhe. Aber am 3. März geht sie in's Spital, wo Blutegel, Bäder und ol. Ricini ihr nur vorübergehende Erleichterung verschaffen. Seit 8 Tagen leidet sie an Urinverhaltung, so dass sie täglich katheterisirt werden muss.

Am 24. März wird sie auf die geburtshülfliche Klinik verlegt.

Bei der inneren Untersuchung stösst man einige Centim. vom Scheideneingang auf den Cervix uteri, der stark gegen die vordere Scheidenwand gedrückt wird. Der Cervix ist fest, nicht vergrössert, aber länger als normal. Im hinteren Scheidengewölbe ist ein grosser, vorspringender und praller Tumor. Er scheint mit dem Uterus, den er nach unten und vorn verdrängt, zusammenzuhängen und drückt stark gegen das Rectum. Bei der Untersuchung vom Rectum aus constatirt man denselben Tumor und hier findet man einen elastischen Punct, wie von einer Flüssigkeit enthaltenden Cyste. Indessen ist die Fluctuation sehr zweifelhaft. Die Sonde dringt ziemlich leicht 12 C. tief in den Uterus. Wenn man den Griff derselben senkt, so kann man den Fundus uteri von aussen 2 Finger breit über der Symphyse fühlen. Der gleichzeitig in die Vagina eingeführte Finger lässt erkennen, dass der Tumor mit dem Uterus zusammenhängt und sich mit demselben verschieben lässt. Bei der äusseren Untersuchung fühlt man einen ziemlich harten Tumor lediglich in der linken Fossa iliaca, der in das kleine Becken hinabzugehen scheint.

Die Diagnose wird auf ein Fibroid der hinteren Uteruswand gestellt, das vielleicht eine Cyste enthält.

Im weiteren Verlauf wird das Vorhandensein eines kleinen isolirten Tumors über der linken Leiste constatirt. Der Leib wird schmerzhaft bei der geringsten Berührung und sie hat mitunter auch spontane Schmerzen. Der Tumor ist weniger leicht zu begrenzen und erscheint, abgesehen von der Gegend der linken Leiste, weniger hart. Dann kriegt sie Diarrhöen und Husten mit Schmerzen in der linken Seite. Nachdem sie schon vorher Sedes invol. gehabt, in denen sie Blut gesehen haben will, findet sich am 25. April in den Sedes, die von ausserordentlich fötidem Geruch und von rothbrauner Farbe sind, auf dem Boden des Topfes eine deutliche Lage Blut. Der Husten nimmt zu, sie kriegt Rasselgeräusche und Dyspnoe, die Stühle bleiben dünn und fötid, der Leib wird aufgetrieben und sie stirbt am 1. Mai.

Section 36 Stunden p. m.

Linksseitige Pleuritis und Lungenödem.

Beim Einschneiden der Bauchdecken fliesst aus der Bauchhöhle ungefähr ein Litre einer eiterig-serösen Flüssigkeit mit einigen Pseudomembranen. Das ganze Peritoneum ist deutlich schieferfarben. Diese ziemlich einförmige Färbung wird nach dem Becken zu dunkler. Alle Unterleibsorgane sind durch Pseudomembranen verlöthet, deren Resistenz um so grösser wird, je mehr man sich dem Uterus nähert. In dieser Gegend

sind sie so dicht, dass man die Organe nur mit dem Scalpel auseinander trennen kann. Nachdem der Darm links losgetrennt ist, kommt man in eine weite Höhle, die mit alten schwarzen, mit eiterigem Detritus vermischten Blutklumpen angefüllt ist und einen fötiden Geruch ausgehen lässt. Zwischen Rectum und Promotorium ist eine seröse, sehr dünne Cyste mit einer klaren Flüssigkeit gefüllt von Apfelgrösse, wie man sie bei Schafen trifft, die feuchte Weide gehabt haben. Nachdem die Schambeine herausgesägt sind, werden die Organe des kleinen Beckens zusammen herausgenommen, um sie genauer zu untersuchen.

Der Boden der oben erwähnten, mit Blutklumpen angefüllten Höhle wird von dem retrouterinen Blindsack gebildet, seine vordere Wand von dem etwas verlängerten Uterus und dem lig. lat., seine hintere Wand von dem Rectum. Seitlich wird der Tumor von den breiten Mutterbändern und den Ovarien begrenzt, die durch Pseudomembranen so verschmolzen sind, dass sie ein fast unentwirrbares Ganzes bilden. Oben ist die Höhle von den unter einander und mit dem Netz verschmolzenen Darmschlingen bedeckt. Innen ist sie von einer ungleichen, dicken, zottigen Membran von dunkler, dem Inhalt ähnlicher Farbe ausgekleidet. An der hinteren Seite communicirt die Höhle mit dem Rectum durch zwei runde, wie mit dem Locheisen geschlagene Oeffnungen von der Grösse eines 20 Centimesstückes. Der Uterus ist etwas verlängert und sein oberer rechter Winkel ist abgerundet und abgestumpft. Der linke ist normal. Die Uterushöhle bildet dieselbe Form. Rechts ist keine Spur eines Ostium uter. der Tube zu entdecken, aber man findet auf dieser Seite des Uterus ein sehr breites rundes Band. Indem man die Anhänge des Uterus von den Adhaesionen zu trennen sucht, kommt man links in eine Höhle mit dickem, rahmigen, gelben Eiter, der im linken Ovarium zu sitzen scheint. Man glaubt auf dieser Seite auch die Tube zu erkennen, rechts findet man Spuren des Ovarium.

Die dritte Beobachtung ist von Malgaigne. Sie ist veröffentlicht von M. Vignès (Thèse. Paris 1850. pag. 21) und steht ausserdem im Bernutz (a. a. O. S. 283 in der Note) in der Gaz. des Hôpit. (1851, Nr. 144), und bei Engelhardt (S. 31, 3. Beobchtg.).

III. Marie Louise O., 27 J. alt, Garnwinderin, wird am 29. Januar 1850 aufgenommen. Immer gesund, menstruirte sie zuerst mit 14 Jahren. Die Regeln dauerten 6—7 Tage, kurz vorher und nachher geringe Leukorrhoe. Das erste Kind hat sie mit $16^1/_2$ Jahren geboren, seitdem noch fünf, zum letzten Mal vor 2 Jahren. Die Wochenbetten waren immer glücklich, gestillt hat sie nie. In der Zeit zwischen den Schwangerschaften sind die Regeln niemals wiedergekommen, 2 Monat nach der letzten sind sie indessen wieder erschienen und seitdem sind sie regelmässig wie früher. Seit 5 Monaten hat sie hart gearbeitet und häufig schwere Lasten getragen. Vor einem Monat hat sie, ohne dass sie eine Ursache wusste, heftige Unterleibsschmerzen gekriegt, so dass sie bettlägerig wurde. Jede Bewegung war schmerzhaft. Cataplasmen, 20 Blutegel und Opium brachten ihr keine Erleichterung. Obgleich die Regeln erst 8 Tage vorüber waren, bekam sie blutigen Ausfluss aus der Vulva. Seitdem dauert der ziemlich sparsame Ausfluss fort und wird nur einige

Tage hindurch durch sehr reichliche Leukorrhoe ersetzt. Nach 3 Wochen werden die Schmerzen stärker, die Defaecation wird nur durch Clysmata ermöglicht, die Urinentleerung ist schmerzhaft, sie verliert den Appetit, hat galliges Erbrechen, Durst, grosse Schwäche.

Bei ihrer Aufnahme sind die Schleimhäute blass, sie ist abgemagert und erbricht alles, was sie trinkt. Der Unterleib auf Druck empfindlich, ist gespannt und aufgetrieben. Bis 8 Centim. über der Symphyse ist der Schall nach rechts bis 3, nach links bis 9 C. von der Mittellinie gedämpft. Nachdem 450 Grammes Urin mit dem Katheter entleert sind, geht die Dämpfung nur noch bis 5 C. über die Symphyse hinaus. Die Palpation des Unterleibes ist wegen Schmerzhaftigkeit nicht auszuführen. Bei der inneren Untersuchung findet man den Muttermund oben über der Symphyse ein wenig nach rechts, die vordere Lippe steht fast unmittelbar an der Symphyse, so dass man den Finger dazwischen nicht einführen kann. Die hintere Lippe ist klein und scheint in einen im hinteren Scheidengewölbe gelegenen Tumor überzugehen. Dieser Tumor ist glatt, rund, von der Grösse einer Billardkugel, er ist unten hart, oben weich, lässt sich weder nach oben, noch seitwärts verschieben und reicht nach unten bis 9 C. vom Scheideneingang; beim Touchiren ist sie empfindlich.

Vom Rectum aus stösst man auf einen runden Tumor, der von vorn nach hinten das Rectum beträchtlich verengert, bei der gleichzeitigen Untersuchung von Rectum und Vagina erscheint er fluctuirend. Sie hat seit 5 Tagen keinen Stuhl und muss oft und unter Schmerzen Urin lassen. Puls 90.

Da der Zustand derselbe bleibt, so wird mit einem starken, in die hintere Lippe eingesetzten Haken der Muttermund in den Scheideneingang herabgezogen und werden mit einer graden Scheere rechts und links in den Muttermund Einschnitte gemacht, indem man den Tumor für ein in der hinteren Uteruswand sitzendes Fibroid hält. Der Muttermund ist mit einigen Schnitten gespalten und Malgaigne fühlt, dass sich im Collum etwas loslöst. Um den Tumor zu enucleiren, macht er in die hintere Wand des Collum und Corpus uteri einen neuen Scheerenschnitt, worauf sofort eine ziemlich beträchtliche Quantität schwarzen, coagulirten, nicht riechenden Blutes, wie Johannisbeergelée herausfliesst. Mit einem Löffel werden noch ungefähr 2 Pfund Gerinnsel entleert, von denen der an der Peripherie sitzende Theil resistent ist und aus Fibrin besteht. Der eingeführte Finger kommt in eine weite Höhle, die, wie sich durch die Sonde constatiren lässt, mit der Uterushöhle nicht zusammenhängt. Der Muttermund ist jetzt weniger gegen die Symphyse gedrückt, die vordere Lippe ist unverletzt, die hintere, die durchschnitten ist, ist nicht zu fühlen.

Die Schmerzen im Unterleib und das Erbrechen bleiben, Stuhl erfolgt nicht, Urinretention bleibt, der Puls wird klein, aus der Scheide kommt blutiger Eiter.

Am 12. kriegt sie eine starke Blutung, die Scheide ist mit Blut erfüllt und in den Unterlagen sind circa 16 Unzen Blut. Die Blutung steht von selbst. Am 13. kriegt sie Gesichtsrose, der Ausfluss ist fötid, am 15. verliert sie ungefähr ein Glas coagulirten Bluts. Der Puls ist klein, Leib sehr empfindlich, unaufhörliches Erbrechen, sie collabirt, das Erysipel ist verschwunden. Nach einigen geringen Blutverlusten stirbt sie am 18. Febr.

Section 28 Stunden p. m.

In der Bauchhöhle sind ungefähr 200 Grammes eiteriger Flüssigkeit, die Därme sind durch Pseudomembranen verklebt, an einigen Stellen findet man circumscripte Eiterheerde. Im Dünndarm 30 C. vom Coecum ist eine Perforation, durch die ein Löffel voll Faekalmassen ausgetreten und eingekapselt ist. In der Fossa iliaca, 3 C. unter der Crista, führt eine runde, für einen Finger durchgängige Oeffnung nach unten und innen gegen die Mittellinie in den Bluthcerd, nach oben führt sie in einen Blindsack bis zum oberen Theil der Artic. sacroiliaca. Das Hüftbein wird exarticulirt und man sieht jetzt eine weite, zwischen Uterus und Rectum gelegene Tasche, die links in den eben erwähnten Blindsack führt. Die Blutgerinnsel in der Tasche werden ausgespült, die Wände sind mit Schichten von geronnenem Fibrin bedeekt. Die Höhlung communicirt direct mit der Vagina. Die hintere Muttermundslippe, die bei der Operation abgeschnitten war, hängt an der hinteren Scheidewand, die vordere hängt mit dem Uterus zusammen. Der Uterus ist normal, liegt über und vor dem Blutheerd, mit dem er nicht zusammenhängt. Die Uterusanhänge sind links und rechts leicht zu erkennen. Hinter dem Tumor liegt Rectum und unterer Theil der Flex. sigmoidea. Die versuchte Injection der Wände der Höhle gelingt nicht.

Der vierte Fall ist „dans le service de M. Guérard“ von Crequi „interne du service“ beobachtet und in der Gaz. des Hôpit. 1856, Nr. 29, S. 114 mitgetheilt*).

Krankengeschichte und Sectionsbefund lauten nach der Gaz. des Hôp.:

IV. Am 3. Januar 1856 wird im Hôtel-Dieu eine junge Frau von 22 Jahren, von gesundem Aussehen, aufgenommen. Sie hat vor 18 Monaten geboren, ein normales Wochenbett durchgemacht und ist seitdem gesund gewesen, bis sie in den letzten Tagen des December ungefähr 8 Tage vor ihrem Eintritt in's Spital während ihrer Menstruation bei Gelegenheit einer Wäsche ihre Hände in kaltes Wasser gesteckt hat.

Am andern Tage cessirten die Menses $1^1/_2$ Tage und zu derselben

*) Derselbe Fall scheint von Guérard etwas anders in der Union médicale, 1856, Nr. 51, die mir leider nicht zu Gebot steht, mitgetheilt zu sein. Wenigstens führt Credé (Monatsschrift f. Geburtsh. u. Fr. 1857, IX, S. 11) unter dem Namen Crequi den Sectionsbefund dieses Falles, wie er in der Gaz. des Hôpit. 1856, Nr. 29 steht, im Auszug an und dahinter kommt: »Ganz ähnliche Resultate fanden sich bei einem Fall von Guérard (Gaz. des Hôp. 1856, Nr. 29 u. Union médicale 1856, Nr. 51).« In der betreffenden Nummer der Gaz. findet sich indessen nur der eine Fall und die Krankengeschichte, die Credé gibt, stimmt mit diesem auch in den Einzelheiten ganz auffallend überein, nur dass die Patientin in der Gaz. des Hôp. eine junge Frau von 22 Jahren, die vor 18 Monaten geboren hat, und bei Credé ein junges Mädchen von 18 Jahren ist. Der Sectionsbefund, den Credé gibt, stimmt in den Hauptsachen gleichfalls. Auch von Klob (Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane, Wien 1864, S. 403) wird dieser Fall unter den Namen Guérard und Crequi doppelt angeführt.

Zeit bekam sie Schmerzen im Unterleib und im Kreuz. Nach der Anwendung von Sinapismen auf die Beine und Cataplasmen auf den Leib zeigten sich die Regeln wieder etwas. Da die Schmerzen aber blieben, ging sie in's Hospital, wo folgender Status praesens aufgenommen wurde.

Die Gesichtszüge sind etwas alterirt. Die Patientin klagt über ziemlich lebhafte Schmerzen in der unteren Bauchgegend hinter der Symphyse, die bei Druck, bei Bewegungen und beim Wasserlassen stärker werden.

An dieser Stelle und etwas nach links fühlt man einen wegen der Schmerzen und des etwas aufgetriebenen Leibes nicht deutlich abgrenzbaren Tumor.

Die innere Untersuchung lässt einen im hinteren Theil des kleinen Beckens gelegenen Tumor erkennen, der dasselbe zum grossen Theil ausfüllt. Der Uterus ist nach vorn verdrängt und der Muttermund steht so dicht hinter der Symphyse, dass man nur die hintere Lippe erreichen kann. Vom Rectum aus fühlt man den Tumor ebenfalls vorspringen.

Sie hat Appetitlosigkeit, bittern Geschmack, starken Durst; Erbrechen fehlt; seit 3 Tagen ist sie verstopft. Puls 80.

Das Urinlassen ist schmerzhaft, der Harn trübe. (Ord.: 30 Grammes ol. Ricini, Cataplasmen, erweichendes Clysma und Bad.)

Nachdem 8 Tage hindurch der Zustand derselbe geblieben, bemerkt die Patientin am 15. Januar Schleim im Stuhl. Dieser schleimige Abgang hält bis zum 19. an, wo sie ungefähr 1/4 Litre Blut mit Schleim gemischt aus dem After verliert. In den nächsten Tagen lässt sich constatiren, dass der Tumor im Unterleib und der im kleinen Becken kleiner geworden sind. Das Allgemeinbefinden ist besser.

Am 30. ist der Tumor gut um die Hälfte kleiner, der Uterus hat fast seine normale Stellung eingenommen. Die Kranke steht auf und will bald abgehen, als ein »Accident«, das unter ihren Augen sich zuträgt, ihr einen grossen Schrecken verursacht. Sofort spürt sie eine Art von Zusammenschnürung im Innern und schläft einige Augenblicke später ein; ihr Schlaf ist jedoch durch erschreckende Träume, die auf jenes Ereigniss Bezug haben, gestört. Am Abend erwacht sie mit heftigen Colikschmerzen, die von starken Frösten begleitet sind und die ganze Nacht anhalten.

Am andern Tage sieht sie collabirt aus, der Leib ist aufgetrieben und der Sitz von Schmerzen, die bei der geringsten Berührung stärker werden. Am Morgen bricht sie einigemal. Der Puls ist sehr klein und sehr frequent. Diese Erscheinungen bleiben und sie stirbt 48 Stunden später gegen 7 Uhr Morgens.

Section: Das grosse Netz ist von schwärzlicher Farbe. Der Darm ist aufgetrieben und zeigt durch injicirte Gefässe gebildete rothe Stellen. Zwischen den Darmschlingen ist dünne plastische Lymphe abgelagert. Eiter ist nicht im Bauchfellsack. Im kleinen Becken findet man eine schwärzliche Flüssigkeit. Hinter dem Uterus, zwischen ihm und dem Rectum, ist eine faustgrosse Tasche, deren Wände, die durch das Peritoneum gebildet werden, schwarz und erweicht sind. Diese Tasche reicht etwas mehr nach links als nach rechts. Die Oberfläche derselben wird von Adhaesionen gebildet, die vom Fundus uteri zu dem die vordere Wand des Rectum bekleidenden Peritoneum gehen. Diese Höhle commu-

nicirt mit dem Rectum durch eine Ulceration mit schwarzen Rändern, die einen Durchmesser von 7—8 Millim. hat. Sie liegt 26 Mm. über dem Anus und verbindet den oberen Theil des Heerdes mit dem Rectum.

Das linke Ovarium ist schwärzlich, in ihm ist ein kleiner Eiterheerd von 4—5 Millim. Durchmesser.

Das rechte Ovarium ist mit dem Uterus verwachsen. In ihm sind 2 kleine Blutheerde, ein frischer, der durch dunkles Blut und ein älterer, der durch geronnenes Fibrin gebildet wird. Beide stehen mit der Blutcyste hinter dem Uterus in Verbindung, was sich durch Sondiren und Aufschneiden des Fistelganges constatiren lässt.

Der fünfte Fall ist von Heurtaux beobachtet, von Voisin (Thèse, p. 116, Obs. 41) veröffentlicht und wird ausserdem ausführlich von Oulmont (Bulletin de la Soc. méd. d. Hôp., avril 1859, p. 26) und Bernutz (a. a. O. S. 452 in der Note) mitgetheilt.

V. Er betrifft eine 38jährige Nähterin, die, seit dem 14. Jahr menstruirt, vor 13 Jahren einmal geboren hat. Sie ist seit $2^1/_2$ Monaten krank und hat 10 Tage nach einer Menstruation einen 20 Tage anhaltenden Blutfluss bekommen. Das Blut war bald flüssig, bald in Klumpen; die letzteren wurden unter Uteruscoliken ausgetrieben. Gegen den 20. Tag kriegt sie plötzlich Schmerzen in der Regio hypogastrica, die so lebhaft sind, dass sie sich auf dem Bett windet. Dabei fehlte Frost, Erbrechen, Kopfschmerzen und Fieber. 2 Tage später bemerkt sie einen Tumor im Unterleib, der jetzt grösser ist. Einige Tage hindurch hat sie Fröste mit folgender Hitze. Auf Blutegel und Cataplasmen hat die Blutung für einige Tage aufgehört, ist jedoch seit $1^1/_2$ Monaten wieder da, allerdings weniger stark, aber immerhin ziemlich beträchtlich. Seitdem hütet sie das Bett.

Sie ist mager, bleich und sehr schwach, leidet an Verstopfung und muss oft und unter Schmerzen Urin lassen. Die Schleimhäute sind bleich, der schwache Puls macht 68 Schläge. Der etwas aufgetriebene Leib ist auf Druck ziemlich empfindlich. Bei der Palpation des Unterleibes fühlt man 2 Tumoren. Der eine links gelegene geht bis zur Nabelhöhe, senkt sich unten in das kleine Becken und geht in der Höhe des Fundus uteri in den der andern Seite über; sein linker Rand liegt auf der Fossa iliaca, sein nach innen gerichteter rechter ist etwas concav. Er bietet eine beträchtliche knorplige Härte dar. Der rechts gelegene Tumor ist ganz ähnlich, nur weniger gross. Der Percussionsschall über diesen Tumoren ist leer. In der Scheide findet man einen runden Tumor von mittlerer Härte, der die hintere Scheidenwand vorspringen macht und das Lumen der Scheide fast ganz verlegt. Das Collum uteri ist stark nach vorn und oben verdrängt und steht dicht hinter dem oberen Rand der Symphyse; es ist normal, etwas geöffnet.

Die Verstopfung bleibt, die Menses bleiben aus, das linke Bein wird ödematös, das rechte weniger. Nach mehreren reichlichen Stühlen scheint es, als wenn die beiden Tumoren kleiner werden, die Urinexcretion ist leichter. Der Tumor rechts nimmt ab und ist nicht mehr schmerzhaft, während der links sehr empfindlich bleibt. Der Tumor in der Scheide ist nicht so teigig wie früher; die Consistenz überall gleich. Dann kommen

Diarrhöen, die im Abdomen fühlbaren Tumoren werden kleiner, während der in der Scheide eben so gross bleibt, aber weicher und fast fluctuirend wird. Der Stand des Uterus bleibt derselbe. Die Stühle werden schleimig, sind aber ohne Blut. Starker Tenesmus.

37 Tage nach der Aufnahme ist der Tumor in der linken Fossa iliaca fast ganz verschwunden, in den Stühlen ist etwas wenig verändertes Blut, der Tumor in der Scheide ist verschwunden und nur links und hinten vom Cervix fühlt man noch eine Verhärtung. Eine bedeutende Phlegmone der linken Hinterbacke wird geöffnet und entleert viel Eiter und gangränöse Zellgewebsfetzen. Unter bedeutender Eiterung wird sie schwächer und stirbt 64 Tage nach ihrer Aufnahme.

Section 24 St. p m. In der Bauchhöhle geht ein federkieldicker glatter Strang 4 Finger breit über der Symphyse direct von vorn nach hinten. Die Blase steht beträchtlich über der Symphyse und enthält 250—300 Grammes Urin. Der Uterus ist von ziemlich normaler Grösse. Vom hinteren und oberen Theil des Uterus gehen Adhaesionen zum Rectum und unteren Theil der Flexura sigm., zum hinteren Umkreis des Beckeneinganges und zu einer Dünndarmschlinge, die rechts vom Rectum liegt. Die Adhaesionen bestehen aus lockerem Bindegewebe. Zerstört man die Verbindung zwischen Uterus und Dünndarmschlinge, so kommt man in eine retrouterine Höhle, die augenscheinlich unten von dem Blindsack des Peritoneum begrenzt wird, die obere Grenze bilden die oben erwähnten Adhaesionen. Die Höhlung hat eine ziemlich beträchtliche Capacität; man erkennt an ihr hauptsächlich 3 Blindsäcke, die den Tumoren in den beiden Fossae iliacae und in der Scheide entsprechen. Zwischen einem in den unteren Blindsack und einem anderen in die Scheide eingeführten Finger ist nur die Dicke der Scheidenwand. Der nach links gehende Blindsack ist weit grösser als der nach rechts gerichtete. Die innere Oberfläche der gebuchteten Höhle ist eben und glatt, einige Septa gehen in ihr von vorn nach hinten. In ihr finden sich einige Gramm einer schwärzlichen Flüssigkeit, wie mit Wasser angerührter Russ, in der das Mikroskop die Elemente von verändertem Blut constatiren lässt.

An der linken Seite des Uterus ist noch ein kleiner, nussgrosser Tumor, der aus der linken Tube gebildet wird, in Communication mit dem Uterus steht und eine ähnliche Flüssigkeit enthält. Der Pavillon dieser Tube lässt sich aus den Adhaesionen nicht isoliren; man kann jedoch von der Höhle aus mit einer Sonde in den retrouterinen Tumor kommen. Der Pavillon der rechten, weniger weiten Tube öffnet sich gleichfalls in denselben. Die Höhle der Phlegmone an der Hinterbacke steht nicht mit der retrouterinen Cyste in Verbindung; diese letztere communicirt auch nicht mehr mit dem Rectum. In der unteren Hälfte des Rectum sind ulceröse Substanzverluste, die jedoch nur in der Schleimhaut sitzen.

Der sechste Fall wird von Säxinger aus der Seyfert'schen Klinik (Spitals-Ztg. 1863, Nr. 44 u. 45, S. 498 u. S. 505) mitgetheilt.

VI. Er betrifft eine 37 Jahre alte, ledige Dienstmagd, die stets gesund, 2 Mal, das letzte Mal vor 7 Jahren geboren hatte, deren Menses

im 17. Jahr eintraten, stets regelmässig und ohne die geringste Störung des Allgemeinbefindens verliefen. Im Jahre 1862 wurde sie zum ersten Mal auf die Frauenabtheilung aufgenommen, mit den Erscheinungen einer während der Zeit der Regeln auftretenden Peritonitis, die Folge von heftigen Verkühlungen während der Dauer der Menstruation war. Nach eingeleiteten Diarrhöen, sowie Eisumschlägen auf das Abdomen und der inneren Verabreichung von Chinin mit Laudanum, schwanden die Symptome der Bauchfellentzündung bald, und die Kranke verliess nach 14 Tagen die Anstalt vollkommen genesen. 4 Wochen nach den letzten Regeln, wo die Peritonitis eintrat, menstruirte die Kranke abermals, ohne im geringsten unwohl zu sein; am 3. Tage der Menstruation arbeitete die Patientin viel und hob besonders schwere Lasten, worauf sie bald unter Frost, heftigen Kreuzschmerzen, Hinfälligkeit erkrankte und abermals Hülfe im Spital suchte.

Der Status praesens gab bei der Aufnahme eine mittelgrosse, kräftig gebaute und sehr gut genährte Kranke mit blasser, heisser Haut und blassen Schleimhäuten, sowie trockener, belegter Zunge. Puls 116, Respiration etwas beschleunigt, in den Brustorganen sonst nichts abnormes nachweisbar. Unterleib etwas hervorgetrieben, bei Druck über der Symphyse und in der linken Inguinalgegend sehr empfindlich, daselbst eine kleine, kindskopfgrosse, harte Resistenz zu tasten, die dunklen Percussionsschall gab. Leber, Milz nicht wesentlich verändert. Die innere Untersuchung ergab eine faustgrosse, prall gespannte, dunkel fluctuirende, bei Druck sehr empfindliche Geschwulst, die den Uterus nach rechts und oben verdrängte und das ganze Scheidengewölbe einnahm. Die Temperatur der Scheide war auffallend erhöht, Stuhl angehalten, ebenso die Entleerung des Urins. Die Kranke klagt über heftige, Tag und Nacht ohne Nachlass anhaltende Kreuzschmerzen, gänzlichen Appetitmangel und gesteigerten Durst. Eisumschläge auf den Bauch, Diarrhöen, die reichlich eingeleitet wurden, sowie die Entleerung der Blase mit dem Katheter und die innerliche Behandlung mit Chinin und Laudanum erleichterten den Zustand der Kranken wesentlich, nur die heftigen Kreuzschmerzen quälten die Patientin unaufhörlich. Klystiere von Camillen mit einem Zusatz von 20—25 Tropfen einfacher Opiumtinctur konnte Remission der Schmerzen bewirken, jedoch bloss auf kurze Zeit. Der objective Befund hat sich nicht wesentlich geändert, nur insofern, als die Spannung der Geschwulst eine grössere zu sein schien. 7 Tage später erschrak sie über eine Nebenkranke mit hysterischen Krämpfen derart, dass sie mit einem Satz aus dem Bett zu springen versuchte, wobei sie einen heftigen stechenden Schmerz im Unterleib fühlte, der sie laut aufschreien machte. Bald darauf stellte sich ein intensiver Schüttelfrost und heftiges Fieber ein, der Unterleib wurde enorm aufgetrieben und bei dem leisesten Druck äusserst schmerzhaft; der Schüttelfrost wiederholte sich schnell, heftiges, nicht zu stillendes Erbrechen kam dazu, die Kranke collabirte rasch und starb unter der Erscheinung einer allgemeinen Peritonitis. Die Geschwulst in der Vagina blieb bis zu ihrem Tod stationär, jedoch weniger gespannt.

Die vorgenommene Section ergab einen mittelgrossen, sehr fetten Körper mit gelblich weisser Haut. Unterleib war bedeutend hervorgewölbt und gespannt. In der Bauchhöhle eine ziemliche Menge einer

schmutzig braunen, dünn flüssigen, jauchigen Flüssigkeit angesammelt; das Peritoneum röthlich braun gefärbt, stellenweise grob dendritisch injicirt, mit frischem gelblich eitrigem Exsudat bedeckt, die dünnen Darmschlingen durch ähnliches Exsudat locker verklebt, grosses Netz sehr derb, fettreich, Sigma stark herabgezogen an die hintere Fläche des Uterus angelöthet.

Uterus nach oben und rechts verdrängt, hühnereigross, schlaff, mässig blutreich und in seiner Höhle wenig glasigen Schleim enthaltend. Neben dem Uterus nach links und hinter demselben war eine über kindskopfgrosse Höhle, deren Wandung aus einer 3‴ dicken, bleigrauen festen Membran bestand, und die das linke Ovarium sowie die Tube einschloss. Die Höhle war mit coagulirtem Blut und einer bräunlichen, übelriechenden, blutigen Flüssigkeit in der Menge von $1^1/_2$ Pfund gefüllt. Das linke Ovarium war hühnereigross, mit zum Theil unebener Oberfläche, grösstentheils aus geronnenem Blut bestehend, das Organ bröcklich mürbe. In der linken Tube ein bläulicher Gerinnungspropf, sie ist selbst stark ausgedehnt. Die innere Fläche der die Höhle abkapselnden Membrane war zottig rauh, schiefergrau und braunroth gefärbt. Blase nicht ausgedehnt. Rechts Ovarium sammt Tube normal.

Die siebente Beobachtung ist von Mikschik (Vermischte Abhandl. aus d. Geb. der Heilkunde von einer Ges. prakt. Aerzte zu Petersburg. 8. Samml. Leipzig 1854). Sie wird von Bernutz (a. a. O. S. 260) und von Voisin (a. a. O. S. 59) mitgetheilt.

VII. Sie betrifft eine Frau von 32 Jahren, die seit ihrem 21. Jahre menstruirt ist, nachdem sie vorher 6 Jahre lang jeden Monat an colikartigen Schmerzen gelitten hat. Auch jetzt leidet sie noch etwas an Dysmenorrhoe. Sie geht ins Hospital, weil die Menstruation zweimal ausgeblieben ist. Nach 3 Wochen wird der Unterleib gespannt und sie kriegt heftige Coliken. Die Excretion der Faeces und des Urins ist schmerzhaft. Sie muss das Bett hüten, wird katheterisirt und bekommt Lavements.

Nach Entleerung der Blase fühlt man hinter derselben einen platten runden, empfindlichen Tumor, der unbeweglich und schwer zu begrenzen ist. Er erhebt sich bis 3 Finger breit unterhalb des Nabels, und scheint sich gegen Scheide und Rectum zu erstrecken. Innerlich fühlt man eine fluctuirende Halbkugel, das Collum steht 2″ über dem Schambein, ist schwer zu erreichen. Die Uterussonde kommt mit Schleim bedeckt aus dem Uterus zurück. Es sind weder foetale Theile zu fühlen, noch Uteringeräusch oder foetale Herztöne zu hören. Bei den sehr heftigen Schmerzen glaubt man sehr starke Contractionen in dem Scheidentumor zu bemerken.

Die Diagnose wird auf Retroversion des im 5. Monat schwangeren Uterus gestellt.

Die Verstopfung wird hartnäckiger, die Schmerzen sind heftig, es kommt Erbrechen. Der Tumor wird mit einem Troicart punctirt und es entleert sich in vollem Strahl $2^1/_2$ Litre schwarzen flüssigen Blutes. Die Einklemmungserscheinungen hören auf, aber nach 2 Tagen entsteht eine heftige Peritonitis, die die Kranke in 3 Tagen hinwegrafft.

Bei der Section findet man den Uterus vergrössert, zwischen Uterus und Rectum einen enormen von Pseudomembranen umgebenen Sack, der ein Pfund Blut enthält und eine intensive Peritonitis.

Der achte Fall ist von Müller (s. Ueber die Haematocele retrout. Dissert. Leipzig 1862, S. 20. Erste Beob.) und lautet:

VIII. Frau S., 41 J., von schwacher Constitution und anaemischem Aussehen, hat viermal abortirt und glaubt sich wieder schwanger. Sie ist seit dem 17. Jahr unregelmässig menstruirt. Der Eintritt der Periode war stets von Schmerzen im Unterleib und in der Sacralgegend begleitet und erfolgte meist in Zwischenräumen von 6—7 Wochen. Acht Wochen nach dem letzten Eintritt ihrer Periode stellte sich, angeblich nach einer Erkältung, ein Blutfluss ein, welcher bereits 6 Wochen anhielt, gleichzeitig mit wehenartigen Schmerzen in der Regio hypogastrica, die besonders bei Berührung des Leibes und bei stärkerer Bewegung sich steigerten. Seit 2 Tagen klagt die Kranke über intensivere Schmerzen, über Frösteln, Mattigkeit, Appetitverlust und schmerzhaften Stuhldrang.

St. pr. am 25. December 1861. Der Gesichtsausdruck ist etwas leidend, die Haut ist ziemlich bleich und trocken, die Temperatur nicht erhöht, Puls 80, klein.

Die Palpation des Unterleibes durch die erschlafften Bauchdecken ergibt ausser einer stärkeren Resistenz in der rechten Fossa iliaca, über welcher der Percussionston schwach gedämpft ist, nichts abnormes.

Bei der Vaginaluntersuchung zeigt sich der Muttermund etwas nach vornstehend und so weit geöffnet, dass man mit einem Fingerglied in ihn eindringen kann. Der Uterus ist fast unbeweglich. Hinter der Portio vaginalis, zwischen ihr und dem Rectum stösst der explorirende Finger auf eine ungefähr wallnussgrosse, ziemlich resistente, platte, nicht fluctuirende Geschwulst, welche die hintere Scheidenwand nach vorn gedrängt hat und bei Druck sich leicht in den obern Beckenraum schieben lässt. Bei Berührung der Geschwulst klagt die Kranke über heftige Schmerzen.

In den folgenden 4 Tagen schienen alle Erscheinungen völlig im Gleichen, nur die Schmerzen und die Blutung hatten auf Anwendung von Opium und Sec. corn. etwas nachgelassen.

Am 30. früh kehrten plötzlich die Schmerzen viel heftiger als früher wieder. Bei meiner Ankunft fand ich die Kranke auffallend erbleicht, die Gesichtszüge zugespitzt, die Haut heiss und wenig feucht, den Puls 120 und sehr klein. Sie fühlte sich ausserordentlich matt, klagte über Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen und über heftigen Tenesmus.

Bei der äussern Untersuchung fand ich in der rechten Fossa iliaca eine hühnereigrosse, ziemlich scharf umgrenzte Geschwulst, welche sich in das kleine Becken vertiefte. Die Percussion ergab daselbst einen stark gedämpften Ton.

Die Vaginalexploration war sehr schmerzhaft, die Scheide sehr heiss, der Cervix noch mehr nach vorn gedrängt als früher. Die Geschwulst hinter dem Uterus hatte sich um das doppelte vergrössert und

erstreckte sich mehr nach der rechten Fossa iliaca hin. Ihre Consistenz war im Gleichen.

Bei leichtem Druck gegen das grosse Becken hin verschwand sie fast völlig. Die Uterussonde drang in normaler Weise in die Gebärmutter ein. Am folgenden Tage, nachdem die Symptome von Erschöpfung noch mehr zugenommen und ein soporöser Zustand eingetreten war, starb die Kranke.

Sectionsbefund am 1. Januar. Bei der Oeffnung des Unterleibs findet sich der Uterus stark gegen die Blase gedrängt, zwischen seinem obern und hintern Theil und dem Rectum bestehen Verwachsungen. Im rechten Lig. latum bemerkt man ein taubeneigrosses Blutgerinnsel, und in dessen Nähe einen 3‴ langen Riss. Beide Ovarien sind atrophisch, enthalten aber noch reife Eier. Im linken Ovarium befinden sich zwei von einem gemeinschaftlichen Sack umschlossene Cysten. Die linke Tube ist normal, die rechte ist $^1/_2$″ vom Uterinende verschlossen, und weiterhin nach dem Ostium abdominale zu mit Eiter erfüllt. Die retrouterine Höhle enthält ungefähr 10 Unzen schwärzliches, theils geronnenes, theils flüssiges Blut.

Die citirten 8 Beobachtungen stimmen auffallend genau in dem Befund an der Lebenden wie in den Resultaten der Section überein; sie geben uns alle das Krankheitsbild, wie es von Nelaton zuerst unter dem Namen der Haematoecle geschildert ist.

Bei der äussern Untersuchung findet man im Unterleib einen Tumor, der nur in zwei Fällen median, meistens nach links liegt (im Fall V, wo zu beiden Seiten Tumoren sind, ist der links liegende wenigstens der grössere); in einem Fall (Nr. VIII) ist jedoch die rechte Seite Sitz des Tumors.

In der Vagina springt von der hintern Scheidenwand ein Tumor vor, der das Lumen der Scheide mehr oder weniger verengert. Der Cervix uteri ist in allen Fällen nach vorn gedrängt, 4 Mal ist ausserdem bemerkt, dass er nach oben, und 2 Mal, dass er etwas nach rechts dislocirt ist.

Bei der Section findet sich eine abgekapselte, zwischen Uterus und Rectum gelegene intraperitoneale Höhle, die einen blutigen Inhalt hat.

Wir haben also, wenn wir die oben mitgetheilten Fälle mit einander vergleichen, ein auf Sectionsbefunde gestütztes präcises klinisches Bild der abgesackten Blutansammlung im Douglas'schen Raum, der Haematoecle retrouterina intraperitonealis. Die anamnestischen Momente, durch die sie eingeleitet wird, die Symptome, die sie macht, die Befunde bei den verschiedenen Arten der Untersuchung, sowie der pathologisch-anatomische Sitz derselben sind durch obige Krankheitsgeschichten genau präcisirt.

Ein weniger sicheres Urtheil lässt sich aus ihrem Studium über die Art des Zustandekommens der Blutung gewinnen.

In mehreren Fällen liess sich bei der Section die Quelle der Blutung gar nicht nachweisen; in anderen bleibt der Nachweis zweifelhaft. Hieraus ist schon a priori zu schliessen, dass die Blutung nicht immer durch handgreifliche gröbere Laesionen bedingt ist. Die einzelnen über das Zustandekommen der Blutung aufgestellten Ansichten kritisch zu beleuchten, würde uns von unserm Thema zu weit entfernen, und wollen wir uns deswegen auf eine kurze Betrachtung der nach unserer Meinung am meisten berechtigten Ansichten beschränken.

Virchow sagt darüber Folgendes (s. die krankhaften Geschwülste. Berlin 1863. Erster Band, S. 150): „Die Anhäufung selbst erklärt sich dadurch, dass alle möglichen Substanzen, welche überhaupt in der Bauchhöhle frei werden, also auch ausgetretenes Blut, sich nach dem Gesetz der Schwere in die Excavationen des Beckens herabsenken. Ausserdem ist es nicht selten, dass, wenn in diesen Excavationen entzündliche Processe Platz greifen, und in Folge derselben eine pathologische Vascularisation zu Stande kommt, locale Hyperämien und Haemorrhagien entstehen, die sich von Zeit zu Zeit wiederholen und allmälig zu reichlichen Anhäufungen Veranlassung geben. In diesem letzten Falle kann es geschehen, dass die Peritonitis retrouterina, ähnlich wie die Pachymeningitis, Pseudomembranen erzeugt, und dass das Extravasat, welches aus den Gefässen der Pseudomembranen erfolgt, zwischen die Blätter derselben abgesetzt wird, und so ein geschlossenes (enkystirtes) Haematoma retrouterinum entsteht."

Ausgetretenes Blut indessen kann sich wohl nach unten senken, kann aber, ebenso wenig wie ein freier Ascites, durch seine blosse Schwere einen prallen Tumor erzeugen, der den Uterus nach vorn verdrängt. Man muss sich daran erinnern, dass nach Claudius (s. Zeitschrift für rationelle Medicin von Henle und Pfeuffer. 1865. Band 23, S. 249) ein eigentlicher Douglas'scher Raum gar nicht existirt, sondern, dass die Serosa der hintern Fläche des Uterus der der hintern Beckenwand dicht anliegt. Freie Körper werden somit unter normalen Verhältnissen nur bis auf den Fundus uteri fallen können, und höchstens werden Flüssigkeiten tropfenweise zwischen die aneinanderliegenden Flächen des Peritoneum gelangen können. Ein in der Scheide fühlbarer Tumor kann durch Blutansammlung erst entstehen, wenn der Douglas'sche Raum nach oben hin abgeschlossen ist,

wenn also eine partielle adhäsive Peritonitis voraufgegangen ist. Diese voraufgegangenen partiellen Entzündungen lassen sich in allen unsern Fällen anamnestisch durch Schmerzen und Menstruationsstörungen nachweisen (ein Nachweis, der um so mehr wiegt, als sie selten unter wirklich acuten Erscheinungen verlaufen; ja man findet mitunter bei Frauen, die nie erheblich unterleibskrank gewesen sein wollen, bei der gynäkologischen Untersuchung gar nicht zu verkennende Ueberbleibsel früherer partieller Peritonitiden). Das Zustandekommen dieser brückenartigen Adhaesionen gerade zwischen Fundus uteri und hinterer Beckenwand wird aber durch die oben angeführten anatomischen Verhältnisse, durch die die genannten Theile am meisten mechanischen Laesionen ausgesetzt sind, ungemein begünstigt.

Ist nun auf diese Weise das Peritonealcavum in zwei Theile getheilt, so muss durch einen Bluterguss in den untern dieser Theile nothwendig ein zwischen Uterus und hinterer Beckenwand gelegener Tumor entstehen. Dieser Tumor wird naturgemäss um so grösser und praller werden, je stärker der Grad der Blutung ist.

Die Blutung in diesen abgekapselten Raum kann aber wesentlich auf zweierlei Art erfolgen; einmal durch Blutung von den Ovarien oder Tuben aus, oder zweitens durch Blutungen aus den hyperaemischen neugebildeten Membranen (Pelviperitonitis haemorrhagica). Virchow (a. a. O. S. 151) sagt darüber Folgendes:

„Aus den Tuben erfolgen grössere Blutungen fast nur, wenn dieselben in Folge von Tubenschwangerschaft bersten, und ich halte es nicht für unmöglich, dass einzelne Fälle dieser Art für blosse Haematocelen genommen worden sind. Grössere Blutungen aus den Eierstöcken aber sind noch viel seltener. Nur wenn ulcerative Processe an den Tuben und Eierstöcken bestehen, kommen Blutungen öfter vor, und das ist namentlich bei manchen Fällen von Hydrops tubae sanguinolentus und von haemorrhagischen Cysten des Eierstocks der Fall. Für gewöhnlich stammt meiner Ansicht nach das Blut ganz oder grossentheils aus den neugebildeten Gefässen partiell-peritonitischer Schichten der Excavationen.“

Auf die erste Art — durch Blutungen von den Tuben, Ovarien oder Mutterbändern aus — sind vielleicht die Fälle I, IV, V, VI und VIII — entstanden, doch muss man dabei in Betracht ziehen, dass die Beobachter, die auf Blutung aus den

Cystenwandungen nicht rechneten, gewiss auf das sorgfältigste nach einer möglichen Quelle der Blutung gesucht haben und dass so in einzelnen Fällen secundäre Veränderungen für das primäre gehalten worden sein mögen.

In diese erste Kategorie der retrouterinen Blutungen gehören ferner noch 2 Fälle, von denen der Sectionsbefund da ist, in denen die Untersuchung bei Lebzeiten aber leider mangelhaft ist.

Der erste von Hülphers in der Hygiea (Band 16, S. 742) mitgetheilte Fall wird in den Schmidt'schen Jahrbüchern 1856, Bd. 91, S. 335, referirt; der zweite wird von Denonvilliers in der Gaz. des Hôpit. vom 14. Juni 1851, Nr. 68, S. 275, mitgetheilt (Bernutz, der ihn a. a. O. S. 203 erzählt, citirt falsch die Nummer vom 14. Juli).

In beiden Fällen fanden sich intraperitoneal gelegene retrouterine Bluttumoren, im ersten soll die Blutung von einem Graaf'schen Follikel, im zweiten von den Ovarien ausgegangen sein.

Vielleicht gehört auch hierher die von Puech (Journal de Bruxelles, Juillet—Novembre 1860, Obs. VIII) mitgetheilte Beobachtung, die Bernutz a. a. O. S. 399 bringt. Sie ist leider bei Lebzeiten zu unvollständig beobachtet und der Sectionsbefund etwas verwirrt, so dass man über die Natur des Tumors nicht recht in's Klare kommt.

Die übrigen 3 von unsern 8 citirten Beobachtungen, bei denen sich keine augenscheinliche Quelle der Blutung fand, sind wohl als Pelviperitonitis haemorrhagica zu bezeichnen. Ausser Virchow macht auch Ferber (Archiv für physiologische Heilkunde 1862, III, p. 431) auf diese Form der partiellen Peritonitis aufmerksam, wenn er auch in einem spätern Aufsatze (Schmidt's Jahrbücher 1864, Band 123, S. 223) die Häufigkeit dieser Form wieder in Abrede stellt. Um nicht gegen die Franzosen, die sich so wohlverdient um die Haematocele gemacht haben, ungerecht zu sein, können wir nicht verschweigen, dass Dolbeau bei einer Besprechung der Voisin'schen Thèse (Gaz. des Hôp. 1860, Nr. 35, S. 138) die Entstehung der retrouterinen Haematocele aus den Gefässen der vorhergebildeten Pseudomembranen auf das einzelnste auseinandersetzt und hierin, ohne deswegen die Entstehung aus anderen Gründen zu leugnen, eine häufige Ursache derselben sieht.

Ein sehr schönes Beispiel einer solchen Pelviperitonitis haemorrhagica gibt uns Credé (Monatsschrift für Geburtsk. u. Fr. Berlin 1857, IX, S. 1) in seinem ersten Fall.

Hier lässt sich anamnestisch das längere Bestehen einer partiellen Peritonitis nachweisen. Oberhalb des rechten Schambeins war eine gänseeigrosse, feste, harte, pralle, sehr empfindliche Geschwulst. Der Tumor fand sich in der Scheide wie gewöhnlich, nur auffallend gross und bis unter die Beckenmitte herabragend, Port. vag. dicht und fest gegen das Schambein gedrückt. Die Fluctuation war undeutlich. Bei der Punction floss nach Hervorziehung des Stilets zunächst ziemlich klares Serum, dann roth gefärbtes Serum, zuletzt reines frisches Blut ab, im Ganzen 8 Unzen. Die Geschwulst wurde dadurch anfangs kleiner, füllte sich jedoch bald wieder. Bei einer zweiten Punktion, 2 Tage darauf, kam anfangs zersetztes Blut, dann in vollem Strahl reines, frisches, rothes, sogleich gerinnendes Blut in solcher Menge, dass, da die Kranke schwach wurde, die Kanüle entfernt werden musste. Später brach der Tumor, nachdem anfangs aus der zweiten Stichöffnung in der Scheide noch etwas abgeflossen war, nach dem Rectum durch mit dicken, schwarzen, stinkenden Blutmassen, in deren Folge die Geschwulst zusammensank und die Kranke geheilt wurde.

Der Verlauf bei der Punction lässt sich unmöglich anders erklären, als dass der Troikart in eine abgekapselte Höhle mit serösem Inhalt kam. In dem Maasse, wie dieser entleert wurde, füllte sich die Höhle durch frische Blutung aus den Gefässen der Innenwand, und so entstand die Haematocele in diesem Fall eigentlich erst durch die Punction.

Der zweite Fall (s. a. a. O. S. 5) ist ganz ähnlich; auch hier kam ganz frisches rothes Blut, was sich wohl daraus erklärt, dass der Troikart nicht in die mit Serum oder älterem Blut angefüllte Höhle gelangte, sondern in den Pseudomembranen, die die frische Blutung lieferten, stecken blieb.

Was den Sitz der Geschwulst in der Scheide anbelangt, so war er in allen 8 oben citirten Fällen mehr oder weniger median, nur in dem Fall VI sass er mehr nach der linken und in dem Fall VIII mehr nach der rechten Seite. Immer aber war er in dem hintern Scheidengewölbe zu fühlen und hatte den Uterus nach vorn verdrängt. Und in der That kann ein intraperitonealer Tumor nicht anders liegen. Das Peritoneum geht nur zwischen Uterus und Rectum so tief herab, dass seine Anfüllung einen in die Scheide prominirenden Tumor bilden kann. Dieser wird allerdings bei zunehmendem Druck das Peritoneum nach einer Seite mehr ausstülpen, und dadurch eine etwas seitliche Lage

der Geschwulst bedingen können, niemals aber wird der Uterus allein nach einer Seite oder gar nach hinten gedrängt werden können.

Es lässt sich allerdings gegen das Vorkommen der Haematocele anteuterina intraperitonealis kein anatomischer Grund vorbringen. Jedenfalls kann auch die, wenn auch flache, so doch immerhin vorhandene Gebärmutter-Blasenausstülpung durch Pseudomembranen überbrückt und später der Sitz eines Tumors werden, immerhin aber wird diese Haematocele anteuterina wohl nur als Theilerscheinung der retrouterinen vorkommen, und es lässt sich mit Recht bezweifeln, dass dieselbe einen in die Scheide vorragenden Tumor bilden kann. Unter den Sectionsbefunden habe ich nur einen einzigen finden können, in dem die Adhaesionen über Uterus und Blase hinweg bis zur vordern Bauchwand gingen. Der Fall ist von Martin-Magron und Soulié der Société de biologie mitgetheilt und in der Gaz. des Hôp. 1861, Nr. 14, S. 53, veröffentlicht.

Ein 18jähriges Mädchen, das mit 10 Jahren menstruirt war und mit 14 Jahren geboren hatte, wird im November 1859 während der Menses von Schmerzen im Unterleib, die schnell stärker werden, überrascht. Martin-Magron sieht sie am 3. Tage mit Symptomen einer Peritonitis. Der Schmerz sitzt besonders in der linken Fossa iliaca, wo sich nach 8 Tagen, als die Schmerzen nachgelassen haben, eine Anschwellung, die in's kleine Becken geht, constatiren lässt.

Nach 14 Tagen hat sie nur noch Schwierigkeiten beim Wasserlassen und beim Stuhl. Von aussen fühlt man im kleinen Becken einen weichen Tumor von Orangengrösse; bei der innern Untersuchung fühlt man hinten und zu den Seiten des Collum einen runden nachgiebigen Vorsprung, der augenscheinlich mit dem von aussen gefühlten zusammenhängt. Im Juni kriegt sie wieder lebhafte Schmerzen und etwas später wird der Urin trübe, schwärzlich, stinkend und der Tumor ist zum grössten Theil verschwunden. Einige Tage später geht ihr durch die Harnröhre ein Gewebsfetzen von 2″ Länge und $1^1/_2$‴ Breite ab und sie bemerkt, dass beim Uriniren Gase durch die Urethra entweichen. Von da ab wird sie schlechter und wird am 24. September in die Charité aufgenommen. Sie ist über der Symphyse etwas empfindlich; bei Druck hört man da ein Gurren und sie lässt beim Uriniren durch die Urethra Flatus abgehen. In der Scheide ist kein Tumor zu fühlen. Am 15. October stirbt sie, nachdem der Abgang der Gase und das gurrende Geräusch über der Symphyse in den letzten Lebenstagen aufgehört haben.

Section: Die vordere Bauchwand hängt in der Höhe des kleinen Beckens durch Adhaesionen mit einer aus dem Coecum, der Flexura sigmoidea und einem Theil des Dünndarms gebildeten Masse zusammen. In der Dicke dieser Wand selbst ist eine nussgrosse Höhlung. Hinter der durch die Adhaesionen gebildeten Masse ist eine Höhle, die den

grössten Theil des kleinen Beckens einnimmt und sich nach links gegen die Fossa iliaca hin verlängert. Diese Höhle, die, mit einer gelblichen Flüssigkeit angefüllt, nach Faeces riecht, wird vorn und oben durch die genannten Adhaesionen begrenzt, nach vorn und unten durch einen Theil der hintern Blasenwand und noch weiter nach unten durch den Uterus und die Lig. lata mit Tube und Ovarium der rechten Seite, nach hinten vom Rectum und zu den Seiten von den seitlichen Beckenwandungen.

Diese Tasche hat 3 Oeffnungen: die erste communicirt mit der in der Bauchwand erwähnten Höhle; die zweite führt in die Harnblase und die dritte in den untern Theil des Dünndarms, 2 Zoll unterhalb des Coecum. Das linke bandähnliche Ovarium enthält eine nussgrosse Blutcyste, das rechte ist breiig. Die linke Tube ist normal, die rechte, von der Dicke eines kleinen Fingers, zeigt aussen eine nagelbreite Excoriation mit zackigen Rändern. Die Schleimhaut ist roth, wulstig, granulirt. Auf der hintern Blasenwand ist auf der Höhe eines blasigen Vorsprunges die Oeffnung, die in die oben beschriebene Tasche führt. Die Schleimhaut des Rectum ist vielfach ulcerirt.

Martin-Magron und Soulié (der die Section gemacht hat) sprachen sich selbst für eine Haematocele aus und nach dem Abgang der schwärzlichen Massen durch den Urin und dem Sectionsbefund lässt es sich nicht bezweifeln, dass die bestehende Haematocele statt für gewöhnlich am Fundus uteri durch Adhaesionen begrenzt zu sein, bis zur vordern Bauchwand übergegriffen, Blase und Dünndarm perforirt und so durch Verjauchung das lethale Ende herbeigeführt hat. Dessenungeachtet aber hat sich während des Lebens bei der Scheidenuntersuchung kein anteuteriner Tumor nachweisen lassen.

Dies sind sämmtliche Fälle von intraperitonealer Haematocele, die als solche durch die Section constatirt worden sind. Da bei ihnen der durch die innere Untersuchung nachweisbare Tumor stets im hintern Scheidengewölbe lag, so ist es einleuchtend, dass dieselben zu diagnostischen Verwechselungen mit unserm Entwicklungsfehler keine Veranlassung geben können.

Sehen wir uns in der Literatur nach den durch die Section unzweideutig als extraperitoneal nachgewiesenen Haematocelen um, so machen dieselben, von den während der Geburt und im Wochenbett entstandenen Thromben abgesehen, einen traurigen Eindruck.

Ich habe in der ganzen Literatur nur einen Sectionsbericht finden können, bei dem der extraperitoneale Sitz des Tumors nicht bezweifelt werden kann, und in diesem Fall wurde derselbe zufällig an der Leiche gefunden, und wenn auch die Beschaffenheit des Uterus die Annahme seiner Entstehung unter

der Geburt ausschliessen liess, so sind wir doch nicht sicher, dass derselbe nicht einem Trauma sein Dasein verdankte.

Dieser Fall ist mitgetheilt von Eduard Ott (die periuterinen und retrovaginalen Blutergüsse, Diss. Tübingen 1864, S. 13). Er fand sich zufällig an der Leiche einer an Typhus verstorbenen 28jährigen Fabrikarbeiterin, an der ein medianer Längsdurchschnitt der Beckengegend gemacht war. Der abgekapselte Blutheerd hatte die Grösse eines kleinen Apfels und lag im Septum rectovaginale, doch mehr nach der Scheide zu, nur wenige Centim. vom Grunde der Douglas'schen Falte entfernt. Unter ihm lag noch eine kleinere bohnengrosse, und in der rechten Hälfte des durchschnittenen Septum eine dritte Höhle, etwas kleiner, aber ähnlich wie die erste. Diese lag direct über dem Levator ani über dem die grossen Schamlippen zusammensetzenden Gewebe. Die breiten Mutterbänder zeichneten sich durch ihre mächtigen Venengeflechte aus.

Ausser diesem Fall konnte ich in der Literatur noch folgende als extraperitoneal beschriebene Haematoecien mit Sections-Bericht finden.

Ein Fall von Prost (Thèse inaugurale. Paris 1854, pag. 38), der von Bernutz a. a. O., S. 388 in der Note, und von Engelhardt a. a. O., S. 30, Obs. 2, mitgetheilt wird.

Bis auf die Section stimmt derselbe auffallend, was Anamnese und Befund anbelangt, mit dem Krankheitsbilde, das wir oben kennen gelernt haben, überein, besonders war der Befund bei der Scheidenuntersuchung charakteristisch. Bei der Section findet man Zeichen von Peritonitis. Die Darmschlingen sind unter einander durch eine feine Lage einer frischen Pseudomembran verbunden. Die Beckenaushöhlung ist durch einen voluminösen Tumor ausgefüllt, mit dessen obern Theil die Darmschlingen verklebt sind. Der Tumor steigt tief herab zwischen Rectum und Vagina fast bis zum Anus. Man verfolgt das Peritoneum, welches sich von der hintern Fläche des Uterus auf die Cyste begibt. Ausserdem fanden sich zwei Ovarieneysten. Die Tuben sind verwachsen mit der vordern Wand des Tumors und stark verlängert, aber durchgängig. Ihr Pavillon verliert sich in die Wände der Ovarieneysten. Die hintere Wand des Tumors wird gespalten und man sieht in eine kindskopfgrosse Höhle, die mit altem Blut angefüllt ist. Beide Ovariencysten communiciren mit derselben, die eine durch einen fetzigen Riss, die andere durch einen engen Fistelgang.

Nach dieser Beschreibung scheint das Peritoneum über die Cyste hinweggegangen zu sein; die Pseudomembranen, die die Darmschlingen verklebten und die mit dem Tumor zusammenhingen, machen es jedoch sehr wahrscheinlich, dass dies gleichfalls nur eine Pseudomembran war und dass das Peritoneum, das nach unten die Cyste begrenzte, für die neugebildete Cystenwand gehalten wurde.

Ausserdem theilt Trousseau in der Union médicale 1861, S. 583 einen von Benjamin Ball unter Becquerel beobachteten Fall von extraperitonealer Haematocele mit. Leider wurde die Kranke sterbend in's Hospital gebracht, so dass Anamnese und Explorationsbefund fehlen und auch die Section besiegt nicht allen Zweifel. Wenigstens war die Lage der Geschwulst genau dieselbe, wie bei unsern obigen Fällen; nur soll das Peritoneum drüber hinweggegangen sein.

Wie ungemein schwierig aber die Unterscheidung zwischen neugebildeter Membran und Peritoneum sein kann, lehrt die in mehreren Beziehungen äusserst interessante, aber nicht ganz klare Beobachtung von Silvestre, die von Voisin (a. a. O. S. 98, Obs. 8) und von Bernutz (a. a. O. S. 479 in der Nota) mitgetheilt wird.

In diesem Fall war der Tumor bei der äussern Untersuchung in der rechten Fossa iliaca und bei der innern hinten und rechts zu fühlen, das Collum uteri war nach vorn und unten verdrängt. Die Punction des Tumors in der Fossa iliaca wird ohne Erfolg gemacht, auch die Punction des in die Scheide vorspringenden Tumors liefert nur einige Tropfen einer dicken, schwärzlichen, blutähnlichen Flüssigkeit, der im Laufe des Tages 3—4 Löffel voll von derselben Flüssigkeit folgen. 6 Wochen nach ihrer Aufnahme starb sie.

Von dem Sectionsbefund, der sehr verwickelt und, wie es scheint, eine Complication von Haematocele mit Extrauterinschwangerschaft, obgleich der Foetus trotz des genauesten Suchens nicht gefunden wurde, ergab, will ich nur die Beziehungen des Peritoneum zu dem retrouterinen Tumor hervorheben. Es heisst darin:

„Bevor wir jeden der Tumoren besonders untersuchen, will ich einige Worte über das Peritoneum, oder wenigstens über das, was mir Peritoneum zu sein schien, sagen. Von der linken Niere, die es von vorn bekleidet, geht diese Membran auf die vordere Fläche der Flexura sigmoid. und das Rectum, von dort gelangt sie auf die obere Fläche des retro-

uterinen Tumor's und kommt von da auf den Fundus uteri, wo sie ihre normale Lage wieder gewinnt; nur ist die hintere Fläche des Uterus des Peritoneums beraubt. An der rechten Seite bekleidet das Peritoneum denselben Tumor, bevor es das Lig. latum erreicht. Man sieht also, dass ein retrouteriner Blindsack nicht mehr existirt, dass das Peritoneum durch einen zwischen Rectum und Uterus gelegenen Tumor nach oben verdrängt ist."

Und weiterhin heisst es:

„Der betreffende Theil des Peritoneum lässt sich ziemlich leicht vom Tumor lostrennen. Indem man diese Lostrennung weiter fortsetzt, kann man um die Cyste herum kommen und sie zum Theil von Uterus und Rectum isoliren. Nach der Lostrennung, die sehr leicht gelingt, findet man, dass die entsprechenden Flächen des Uterus und des Rectum mit einer glatten Membran ausgekleidet sind, die sehr viel Aehnlichkeit mit dem Peritoneum hat."

Wer wollte hier verkennen, dass der Tumor intraperitoneal und dass die für das Peritoneum gehaltene über den Tumor hinweggehende Membran eine neugebildete war.

Simpson gibt in der Medical Times and Gazette vom 13. August 1859, S. 154 die Sectionsbefunde von 2 Fällen von Haematocele, die für extraperitoneal erklärt werden.

Der erste Fall stimmt jedoch durch die Befunde an der Lebenden auffallend mit unsern oben erwähnten Fällen und der allerdings sehr fragmentarische Sectionsbericht lässt viel eher den Tumor für intraperitoneal halten.

Im zweiten Fall ist der Sectionsbericht noch kürzer. Die schematische Zeichnung des betreffenden Beckendurchschnitts lässt allerdings sehr deutlich den Tumor als extraperitoneal erkennen; nur muss man dabei in Betracht ziehen, dass schematische Zeichnungen sehr gute Dienste thun, um die subjective Ansicht, die der Autor von der Sachlage gehabt hat, zu illustriren, dass sie aber, wo es auf das Constatiren eines Factums ankommt, nur eine sehr geringe Beweiskraft beanspruchen können.

Ott (a. a. O. S. 22) führt noch einen Fall von Brichetau an, der im Bulletin de la Société anatomique von 1860 steht und mir leider nicht zugänglich ist. Doch ist Ott selbst, der entschieden für extraperitoneale Haematocelen ist, geneigt, diesen Fall im Sinne Virchow's für eine Pelviperitonitis zu halten.

Der Sectionsbefund endlich, den Robert in der Gaz. des Hôpit. 1855, Nr. 51, S. 204, mittheilt, ist gar nicht beweisend.

Der Tumor, der einzig auf der Fossa iliaca zwischen Peritoneum und Faseie lag, gehört nicht hierher. Ausserdem wuchs er erst nach einer Punction, die kein Blut gab, so beträchtlich an.

Das sind sämmtliche Sectionsbefunde, die für die Annahme des extraperitonealen Sitzes der Haematoeele aufgeführt sind. Mit Ausnahme des von Ott unter Luschka untersuchten sind sie alle zweifelhaft, und in diesem Fall fehlen leider Anamnese und Krankengeschichte vollständig.

Kann nun auch vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus die Möglichkeit des Vorkommens einer extraperitonealen Blutung nicht bestritten werden, ja wird dieselbe durch die während der Geburt und im Wochenbett stattfindenden Blutergüsse ausser Zweifel gesetzt, so geht doch soviel daraus hervor, dass extraperitoneale Blutergüsse, die zu klinischen Symtomen Veranlassung geben, ausserhalb der Zeit der Fortpflanzung ganz ungemein selten sind, und dass ein ganz sicher constatirter Fall in der gesammten Literatur bis jetzt nicht vorliegt.

Kann volle Glaubwürdigkeit nun auch bloss von den durch genauen Sectionsbefund erhärteten Fällen beansprucht werden, so verdienen jene Fälle, in denen durch Punction oder spontanen Durchbruch der blutige Inhalt des Tumors nachgewiesen wurde, doch alle Beachtung, und will ich in dem Folgenden dem Leser die einschlägigen Beobachtungen, die ich in der Literatur auffinden konnte, vorführen.

Aus der Zahl dieser Beobachtungen will ich zunächst 28 Fälle ausscheiden, die mit unsern oben citirten 8 Fällen so genau übereinstimmen, dass ihr intraperitonealer retrouteriner Sitz nicht dem geringsten Zweifel unterliegen kann; die also bei einer differentiellen Diagnose zwischen Haematoeele und einseitiger Haematometra nicht in Betracht kommen können.

Kann ich diese 28 Fälle — schon ihrer Anzahl wegen — auch nicht einzeln näher mittheilen, so kann ich es mir doch nicht versagen, die betreffenden literarischen Nachweise hierherzusetzen, damit sie im Nothfall darnach aufgesucht und verglichen werden können. Es sind folgende:

1. Recamier. Der älteste in der Lançette française von 1831 mitgetheilte Fall. Er steht ausserdem Bourdon, Memoire sur les tumors fluctuantes du bassin. Revue médic. 1841. S. 81, und Bernutz a. a. O. S. 202.
2. Bourdon. S. a. a. O. S. 19. Bernutz a. a. O. S. 200.

3. Viguès. S. Thèse. Paris 1850. S. 49. Bernutz a. a. O. S. 464.
4. Viguès. S. Thèse p. 7. Bernutz a. a. O. S. 483 in der Note.
5. Fénerly. S. Thèse. Paris 1855. S. 53. Bernutz a. a. O. S. 214.
6. Fénerly. S. Thèse, und Voisin a. a. O. Obs. 27.
7. Voisin. S. Thèse S. 94, Obs. 7. Bernutz a. a. O. S. 466.
8. Heurtaux. S. Voisin a. a. O. S. 111. Obs. 40. Bernutz a. a. O. S. 475.
9. Voisin. S. a. a. O. Obs. 1, S. 76.
10. Voisin. S. a. a. O. Obs. 2, S. 78 (Oulmont).
11. Puech. Journal de Bruxelles 1860, Oct. S. 360, Obs. 16.
12. Laborderie. Gaz. des Hôp. 1854. Nr. 148. S. 591.
13. Nonat (Bisson interne). Gaz. des Hôp. 1857, Nr. 73, S. 289.
14. West. Lehrbuch der Frauenkrankheiten, übersetzt von Langenbeck. Göttingen 1863. S. 535. 3. Fall.
15. Duncan. Edinb. Med. Journ. 1862, Nov. S. 424. 3. Fall.
16. Duncan a. a. O. S. 425. 4. Fall.
17. Duncan a. a. O. S. 426. 5. Fall.
18. Tilt. Bernutz a. a. O. S. 440 in der Note.
19. Credé. Monatsschr. f. G. u. Fr. 1857. IX. 2. Fall S. 5.
20. Seyfert (Säxinger). Spitalzeitung 1863. Nr. 35, S. 396.
21. Seyfert (Säxinger) a. a. O. 1863. Nr. 43, S. 489.
22. Braun, Zeitschr. d. Ges. d. Aerzte zu Wien 1860, S. 4. Erste Beobachtung.
23. Braun. Wiener med. Wochenschrift 1861. Nr. 28, S. 443. 5. Fall.
24. Braun a. a. O. S. 474. 9. Fall.
25. Müller. Ueber d. Haem. retrout. Diss. Leipzig 1862. 2. Beobacht. S. 22*).
26. Ferber. Schmidt's Jahrb. 1864. Bd. 123. S. 218.
27. Braun. Oest. Zeitschr. für prakt. Heilk. 1864. Nr. 25, S. 479. 3. Fall.
28. Braun a. a. O. S. 482. 5. Fall**).

In fast allen diesen Fällen weist die Anamnese, durch längere Zeit voraufgegangene Schmerzen und Menstruationsstörungen deutlich auf die vorhergegangene Peritonitis hin; in allen Fällen

*) Wie dieser Fall trotz dreimaliger Punction zu der Ueberschrift »Exspectative Behandlung« kommt, bleibt unklar.

**) Gegen die beiden letzten Fälle, in denen nur die Probepunction etwas Blut ergab, ohne dass angegeben wäre, ob frisches oder verändertes, möchten sich Zweifel erheben lassen, ob der Inhalt wirklich ein blutiger war.

war in der Scheide ein retrouteriner Tumor fühlbar, der den Uterus nach vorn verdrängt hatte. Dieser Tumor lag unter den 28 Fällen 8 Mal mehr weniger nach links und nur zweimal etwas nach rechts. 14 Mal ist angegeben, dass der Uterus durch ihn in die Höhe gedrängt war, 5 Mal war er gesenkt, in 9 Fällen stand er deutlich nach rechts und nur 3 Mal nach links. Im Abdomen war nur selten und dann meistens der Schmerzhaftigkeit halber, kein deutlicher Tumor fühlbar, zweimal lag derselbe median und einmal in beiden Fossae iliaeae, in den übrigen Fällen lag er 13 Mal nach links und 6 Mal nach rechts.

Diese 28 Fälle stimmen also, was die Anamnese, die Symptome und die Lage des Tumors anbelangt, so genau mit den oben erwähnten 8 Krankengeschichten überein, dass wir — da der blutige Inhalt des Tumors in 21 Fällen durch die Punction oder Incision von der Vagina aus, in 5 Fällen durch spontanen Durchbruch in das Rectum und in 2 Fällen in die Scheide nachgewiesen wurde — uns gewiss keinen Illusionen hingeben, wenn wir den intraperitonealen Sitz dieser Bluttumoren als bewiesen annehmen. Der in einigen Fällen etwas seitliche Sitz des Tumors, kann, da derselbe doch stets im hintern Scheidengewölbe sass, nicht auffallen; denn gewiss kann, wie ja auch einzelne der oben mitgetheilten Sectionen beweisen, der Douglas'sche Raum nach einer Seite mehr ausgestülpt und das eine Lig. latum etwas mehr nach vorn gedrängt werden. Der auffallend häufige Sitz des Tumors in der linken Seite, bei nach rechts gedrängtem Uterus, hat gewiss — wenn ich sie auch nicht anzugeben vermag — anatomische Gründe. Dass der Uterus beim intraperitonealen Sitz des Tumors meist nach oben — nicht nach unten, wie Breslau (s. Schweizer Zeitschr. f. Heilk., 2. Bd., 4. u. 5. Heft, Bern 1863, S. 324) angibt — dislocirt ist, beweist, dass dieser Stand in obigen 28 Fällen 14 Mal ausdrücklich erwähnt ist, und dass der Uterus nur 5 Mal als gesenkt angeführt wird. Vielleicht hängt dies davon ab, ob die Blutung unten auf dem Boden des Douglas'schen Raumes oder in Pseudomembranen, die dem Fundus uteri näher liegen, erfolgt. Der Ferber'sche Fall, in dem bei gesenktem Uterus die nachweisbare Geschwulst nur wallnussgross war, deutet darauf hin, dass vielleicht auch wie bei Fibroiden der Uterus bei kleinen Tumoren gesenkt, bei grossen in die Höhe gehoben ist.

Ausser diesen 28 Fällen lassen sich noch 10 auffinden, die nur wegen mangelhafter und ungenauer Beschreibung nicht volle

Beweiskraft beanspruchen können, die aber in allen Symptomen, die angegeben sind, vollständig mit den bisher erwähnten übereinstimmen, und bei denen wir also keine Ursache haben, ihren intraperitonealen Sitz zu bezweifeln. Sie sind mitgetheilt von:

a. Velpeau. Recherchées anat. etc. sur les cavités eloses (Ann. de la chir. fr. et étr. Paris 1843. T. VII, p. 430.) Bernutz a. a. O. S. 219.

b. Fénerly. Thèse S. 56. Bernutz a. a. O. S. 221.

c. Fénerly. Thèse. Voisin a. a. O. Obs. 31.

d. Voisin a. a. O. Obs. 26. Soc. de chir. 1851.

e. Prost. S. Engelhardt a. a. O. S. 32. Obs. V, und Voisin a. a. O. Obs. 34.

f. West a. a. O. S. 534. 1. Beob. (Die zweite Beob. ist ganz unvollständig.)

g. M'Clintock. Clinic. etc. Schmidt's Jahrbücher 1864. Bd. 123. S. 218. (Refer. von Ferber.)

h. Ott a. a. O. S. 40.

i. Simpson. Med. Times and Gaz. 13. August 1859. S. 153, der erste Fall.

k. Breslau. Schw. Z. für Heilk. 1863. S. 316, 6. Fall.

Ausser ihnen wird von Satis (Thèse inaug. Paris 1847, p. 89. Bernutz a. a. O. S. 224) ein retrouteriner Tumor beschrieben, dessen blutiger Inhalt zweifelhaft bleibt. Es ging nämlich durch den After ein Gemisch von Eiter und Blut ab, und später war eine ganze Menge von schwarzen kleinen Blutklumpen in den Stühlen. Es ist möglich, dass dieses Blut nur von der Perforation eines Abscesses herrührte, möglich auch, dass es eine wirkliche Haematocele war.

Der von Gaucher (Gaz. des Hôp. 1860, Nr. 105, S. 419) mitgetheilte Fall ist ebenso wie der von Duncan als „periuterine Haematocele“ erzählte 6. Fall (a. a. O. S. 427) so ungenau beschrieben, dass sie gleichfalls zweifelhaft bleiben müssen.

Der von Letzterem als „uterine Haematocele“ (?) beschriebene 1. Fall (a. a. O. S. 422) ist ganz gewiss keine Haematocele gewesen; vielleicht Ovariencyste mit Bluterguss, wofür er auch anfangs gehalten wurde.

Der vierte Braun'sche Fall (a. a. O. Nr. 28, S. 442) endlich, der in seinen sonstigen Erscheinungen unverdächtig ist, scheint, da nur eine grünlich-gelbliche Flüssigkeit wie Blutserum entleert wurde, mehr auf eine Pelviperitonitis mit serösem Exsudat zu deuten.

In der Literatur finden wir ferner noch zwei als Haematocele beschriebene Fälle von Thrombus der Vagina. Der eine ist von Breslau (a. a. O. S. 308, 3. Fall), der andere von Braun (a. a. O. Nr. 30, S. 473, 8. Fall) mitgetheilt.

Der erste war ein gewöhnlicher unter der Geburt entstandener Thrombus; der zweite Fall ist in mehrfacher Hinsicht interessant:

Die Schwangere wurde 3 Tage vor dem Eintritt der Wehen mit einem sehr grossen fluctuirenden, unmittelbar hinter der Harnröhre liegenden und dieselbe nach rechts drängenden Tumor aufgenommen. Nachdem durch eine Explorativpunction die Diagnose gesichert war, wurde erst mit einem dicken Troikart und dann mit einem geknöpften Bistouri die Oeffnung erweitert. Es ging nekrotisirtes Blut ab, vermischt mit erbsengrossen, gelblichen, gelatinösen, Fettzellen enthaltenden Massen. In der Höhlung war deutliches Balkenwerk zu fühlen. Mutter und Kind blieben am Leben.

Ein fernerer ungemein interessanter Fall wird als Haematocele retrovaginalis von Betschler (Clinische Beiträge zur Gynaekologie. Erstes Heft. Breslau 1862. S. 136) mitgetheilt. Es kann in diesem Fall der extraperitoneale Sitz der Blutgeschwulst nicht füglich bezweifelt werden. Das tiefe Herabtreten der Geschwulst spricht allerdings, da der Peritonealsack, wie Hydrocelen beweisen, einer sehr bedeutenden Ausdehnung fähig ist, nicht unbedingt dafür. Dass jedoch „die Geschwulst in der Mitte ihre grösste Höhe zeigte und von da nach oben gegen das Scheidengewölbe hin und nach unten nach dem Scheidenausgang hin allmählig abfiel“, lässt sich nicht wohl mit dem intraperitonealen Sitz vereinigen. Man kann jedoch diese Geschwulst ungezwungen als einen Thrombus vaginae bezeichnen, der durch grosse körperliche Anstrengung noch in einer späten Zeit des Wochenbettes circa 7 Wochen nach der Geburt (6 Tage nach dem Auftreten der Geschwulst wurde sie aufgenommen und hatte nach dem Status praesens vor circa 8 Wochen geboren) auftrat. Dass sie in der Schwangerschaft an erweiterten Hämorrhoidalgefässen, welche ab und zu Blut ergossen hatten und an Varicositäten an den Schenkeln gelitten hatte, mag diese Auffassung noch unterstützen.

Jedenfalls ist dies, von den beiden ihm vorhergehenden Beobachtungen, die gewiss nicht hierher gehören, abgesehen, unter den bisher beobachteten Fällen der einzige, bei dem es sich

mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit um eine extraperitoneal gelegene Geschwulst handelt.

Können nun alle bisher beobachteten Fälle zu Verwechselungen mit unserm Bildungsfehler keine Veranlassung geben, da alle bis auf einen, den Braun'schen in der Schwangerschaft entstandenen Thrombus, retrouterine Tumoren bildeten, so kommen wir jetzt zu 6 in der Literatur noch übrigen Fällen von anteuteriner Haematocele, die also einzig zu diagnostischen Missgriffen führen könnten, und die Simon bei seinen diagnostischen Scrupeln jedenfalls im Sinn gehabt hat. Es sind dies folgende 6 Fälle:

1. Breslau a. a. O. S. 303. 2. Fall.
2. Hegar. Monatsschr. f. G. u. Fr. 1861. Bd. 17. S. 418.
3. Hertzfelder. Oesterr. Zeitschr. f. pr. Heilkunde. 26. Dec. 1856. Schmidt's Jahrb. 1857. Bd. 94. S. 64.
4. Credé a. a. O. S. 7. 3. Fall.
5. Braun a. a. O. Nr. 29, S. 457. 6. Fall.
6. Breslau a. a. O. S. 310. 4. Fall.

Da von diesen 6 Fällen die ersten 3 eine ganz auffallende Aehnlichkeit mit einander zeigen, so wollen wir sie einstweilen gesondert betrachten und sie mit den von uns oben angeführten Fällen von intraperitonealer retrouteriner Haematocele vergleichen.

Bei der Durchführung dieses Vergleichs fallen zunächst die ganz verschiedenen individuellen Verhältnisse der betreffenden Patienten in die Augen.

Von den 45 Kranken, die wir mit Haematocele retrouterina intraperitonealis kennen gelernt haben, ist bei 43 das Alter angegeben, in dem die Haematocele bei ihnen eintrat. Die jüngste von ihnen war 22, die älteste 53 Jahr alt. Genauer verhält sich das Altersverhältniss so:

22—25	(excl.)	Jahr	waren	3	Kranke,
25—30	„	„	„	14	„
30—35	„	„	„	13	„
35—40	„	„	„	9	„
40—43	(incl.)	„	„	3	„
53		„	war	1	„

Dagegen war von den oben erwähnten 3 Kranken mit anteuteriner Haematocele die erste 21, die zweite und die dritte 18 Jahr. Es waren also alle 3 jünger als die jüngste von den 43 Fällen von retrouteriner Haematocele.

Ferner haben von jenen 43 Frauen 38 rechtzeitige Geburten

gehabt (darunter eine 14 und eine 15), 3 haben nur abortirt (eine 4 Mal) und bei zweien ist darüber nichts angegeben. Von diesen muss es bei der einen (der Fall VII von Mikschik, 32 J. alt, menstruirt seit dem 21. Jahr) ungewiss bleiben, ob sie geboren; bei der andern (Nr. 18 von Tilt), einer 25jährigen Miss L., ist es allerdings, da Tilt von den Eltern der jungen Dame consultirt wurde, und da er angibt, dass die Periode immer regelmässig gewesen, anzunehmen, dass sie nicht geboren hat. Ziehen wir also den Fall von Mikschick nicht in Rechnung, so haben wir unter 42 Patienten mit retrouteriner Haematocele eine, die nicht geboren hat. Dagegen hat von unsern 3 Patienten mit anteuteriner Haematocele keine einzige geboren; in dem Fall von Herzfelder war sogar das Hymen erhalten.

Wie man sieht, ist man bei Berücksichtigung dieser anamnestischen Unterschiede von bedeutender Tragweite gezwungen, eine vollständige Verschiedenheit der bei retrouteriner und der bei anteuteriner Haematocele in Betracht kommenden actiologischen Momente anzunehmen, eine Nothwendigkeit, die, wenn lediglich der anatomische Sitz den Unterschied zwischen beiden Affectionen bedingte, sehr auffallen müsste. Doch sehen wir uns einstweilen den Sitz der Geschwulst in unsern 3 Fällen näher an.

Bei 1 ist dicht unter den ziemlich straffen Bauchdecken eine mehr wie faustgrosse Geschwulst, welche sich nach aufwärts bis 4 Finger breit unter den Nabel, seitwärts links bis nahe an die Darmbeinspitze, rechts herüber bis etwas über die Linea alba erstreckt, und nach abwärts in das kleine Becken sich verliert. Die Oberfläche dieser Geschwulst ist glatt, ihre Härte ist ziemlich bedeutend, ihre Gestalt rundlich, ihre Beweglichkeit eine geringe, die Schmerzhaftigkeit bei Druck mässig.

In der Scheide stösst man kaum $^1/_2$″ über dem Eingang derselben an der vorderen Wand auf eine Geschwulst, welche, ausserhalb des Vaginalrohres liegend, dieses in einer Weise zusammendrückt, dass nur mit grosser Mühe zwei Finger eingebracht werden können, ohne indess die Geschwulst ganz umgehen oder irgend etwas von der Vaginalportion erreichen zu können. Die Schleimhautfalten der Scheide sind vorn verstrichen und es ist die vordere Scheidenwand platt über die pralle, deutlich fluctuirende Geschwulst herübergespannt.

Bei 2 fühlt man im Abdomen eine feste, compacte Geschwulst, welche von der Symphyse handbreit emporsteigt, die

rechte Seite ganz ausfüllt, sich jedoch auch etwas über die Mittellinie nach links erstreckt und wenig schmerzhaft gegen Druck ist. Im Scheideneingang liegt eine zapfenförmige Geschwulst, welche etwas vor die äusseren Genitalien ragt. An deren oberem Rande befindet sich die Harnröhrenmündung. Die Farbe ist die gewöhnliche der Scheidenschleimhaut. Dieser Zapfen ist das untere Ende einer Geschwulst, welche sich längs des ganzen rechtseitigen Beckenrannes nach hinten und oben erstreckt. Touchirt man nämlich, so findet man eine längliche, unten weicher, nach oben härter anzufühlende Anschwellung, welche, die vordere und rechte Wand der Vagina stark vortreibend, den rechtseitigen Beckenraum ausfüllt. Touchirt man durch den Mastdarm, so fühlt man die Geschwulst rechts ebenfalls; doch füllt sie den hinteren Beckenraum dieser Seite nur theilweise aus. — Die linke Beckenhälfte ist frei. Es gelingt nicht, selbst mit zwei Fingern, die Vaginalportion zu erreichen.

Bei 3 (welcher Fall mir leider nur nach dem Referat in den Schmidt'schen Jahrbüchern zu Gebot steht) fand sich eine runde, etwas gespannte, unschmerzhafte Geschwulst, welche aus dem Beckeneingang bis in die Mitte zwischen Schoosfuge und Nabel emporreichte und oben eine Breite von gegen 7″ einnahm. Das noch unverletzte, dicke, aber sehr dehnbare Hymen liess den untersuchenden Zeigefinger leicht eindringen. Gleich hinter dem Scheideneingange war eine mit ihrem dünneren Ende nach unten gekehrte, zwischen der Scheide und der rechten Beckenwand gelagerte Geschwulst wahrnehmbar; dieselbe war prall gespannt, deutlich fluctuirend, an ihrer Oberfläche glatt und nur am unteren Ende durch Exulceration höckerig. Die Harnröhrenmündung war sehr nach oben gedrängt, ebenso die Gebärmutter, denn der Finger konnte deren Vaginalportion nicht erreichen. Vom Mastdarm aus wurde die Geschwulst ebenfalls deutlich nach vorn und rechts wahrgenommen und gab sich als rundlich, stark nach rückwärts gewölbt, schmerzlos und fluctuirend zu erkennen.

Es ist leicht zu sehen, dass, wie es auch die betreffenden Autoren angeben, diese Tumoren nur extraperitoneal liegen konnten. Das tiefe Herabreichen der Geschwulst macht einen intraperitonealen Sitz unmöglich; denn die vordere, zwischen Uterus und Blase gelegene Bauchfelltasche kann ganz gewiss nicht bis zum Scheideneingang hinab ausgestülpt werden. Dabei reichen aber die Tumoren wieder sehr hoch hinauf (bis 4 Finger breit unter den Nabel, handbreit über die Symphyse bis in die Mitte

zwischen Nabel und Symphyse), so dass die Geschwulst das Bauchfell vom Uterus und Blase seitlich abgetrennt und hoch in die Höhe gedrängt haben muss. Die Tumoren liegen ferner im ersten Fall in der Scheide ziemlich nach vorn von der Vagina; aussen nach links; bei 2 und 3 rechtseitig in der ganzen Ausdehnung des Genitalkanals diesem an, so dass man sich die Sache so denken muss, dass seitlich von Vagina und Uterus ihrer ganzen Länge nach im perivaginalen resp. -uterinen Zellgewebe ein Bluterguss stattgefunden haben muss.

Was nun das Zustandekommen dieses Blutergusses anbelangt, so lässt sich darüber folgendes eruiren.

1. 21 Jahr alt, wurde in ihrem 19. Jahr zum ersten Mal menstruirt. Die Menses flossen stets sparsam und kehrten unregelmässig bald alle 2, bald alle 6 Wochen wieder. Von Krämpfen oder Schmerzen war früher nichts empfunden worden. Erst bei der vorletzten Menstruationsperiode vor ungefähr 5 Wochen traten dysmenorrhoische Symptome auf, welche mit geringer Unterbrechung bis jetzt anhielten. Bei der letzten Menstruation vor 10 Tagen wurden die Schmerzen sehr heftig.

2. 18 Jahr alt, ist seit ihrem 16. Jahr menstruirt. Bei dem Eintritt ihrer Periode hatte sie jedes Mal heftige Schmerzen im Kreuze und im Leibe. Herbst 1859 setzte sie sich während derselben einer heftigen Erkältung aus, indem sie mit blossen Füssen in einem Bache herumging. Es traten hierauf sehr starke Schmerzen im Unterleibe ein, die jedoch nach dem Aufhören der nicht zurückgetretenen Menses wieder nachliessen. Diese stellten sich von nun an zwar ganz regelmässig wieder ein, waren jedoch stets von sehr dedeutenden Schmerzen begleitet und Patientin bemerkte auch bald, dass sie durch eine Geschwulst im Sitzen genirt war.

3. Ein 18jähriges Mädchen, deren Menstruation im 14. Jahr eingetreten, später 1 Jahr hindurch weggeblieben, das nächste Jahr wieder regelmässig erschienen war, und neuerdings seit 4 Monaten abermals fehlte, suchte bei H. Hülfe gegen heftige Schmerzen im Mastdarm und Kreuzbein, an denen sie schon länger als 1 Jahr litt. Die Schmerzen waren besonders seit den letzten 4 Wochen unerträglich geworden und liessen nur bei horizontaler Lage etwas nach.

Wir sehen also in allen drei Fällen, dass die Beschwerden nicht plötzlich entstanden sind, sondern allmälig zugenommen haben, bis sie einen unerträglichen Grad erreichten. Bei der retro-

nterinen Haematocele waren auch in fast allen Fällen voraufgegangene Schmerzen anamnestisch nachweisbar; immer aber war der eigentliche Beginn des Leidens deutlich durch plötzliche heftige Schmerzen mit acuter Erkrankung (häufig Frost) verbunden. Dabei traten die Erscheinungen bei den letzteren, allerdings fast immer abhängig von der Menstruation, doch meistens sehr viele Jahre nach dem ersten Eintritt der Menses auf. In unseren 3 Fällen sehen wir bei 1, die stets sehr sparsam und unregelmässig menstruirt war, 2 Jahre nach dem ersten Eintritt der Menses die Störungen beginnen, bei 2 waren die Menses jedesmal seit ihrem ersten Erscheinen vor 2 Jahren mit heftigen Schmerzen verbunden, bei 3 waren sie allerdings schon 4 Jahre da, darunter aber anfangs 1 Jahr und später 4 Monate weggeblieben, ihr Leiden datirte sich seit einem Jahr, war also aufgetreten, als sie die Periode noch nicht 2 Jahre hindurch gehabt hatte. In allen Fällen hatten also die Beschwerden nicht sehr lange nach dem ersten Eintritt der Menses begonnen und waren allmälig unerträglich geworden. Diese Daten lassen sich nun mit einem einfachen extraperitonealen Bluterguss durchaus nicht vereinigen. Ein solcher Bluterguss muss irgend einen Ausgang nehmen. Entweder wird das Blutserum resorbirt, die Coagula eingedickt, eingekapselt und nach und nach fettig verändert und gleichfalls resorbirt, so dass nur eine bindegewebige, stark pigmentirte Narbe zurückbleibt, oder das Blut bricht an der nachgiebigsten Stelle nach aussen hin auf und unter Eiterung erfolgt die Vernarbung. Nur in vorgebildeten Höhlen, die von einer serösen oder Schleimhaut ausgekleidet sind, sehen wir das Blut als solches sich erhalten. In allen 3 Fällen wurde nun durch die Punction dunkles, zähflüssiges, nicht coagulirtes Blut entleert. Dieses Blut und die allmälige Zunahme des Geschwulstinhaltes lässt, wenn wir einen Erguss in das periuterine Zellgewebe annehmen, gar keine andere Deutung zu, als die Annahme, dass das zuerst ergossene Blut in der ganzen Länge des Genitalkanals durch eine neugebildete Membran abgekapselt wurde und dass die inneren Wände dieser Membran sich so reichlich vascularisirten, dass aus ihren Gefässen mit jeder neuen Menstruation eine neue Blutung erfolgte und auch bei dieser Annahme bleibt das zähflüssige Blut noch unerklärt. Dies Naturspiel muss in dem Hegar'schen Fall die ganze Zeit der Geschlechtsreife hindurch bei jedem Eintritt der Menses stattgefunden haben. Wir haben also seitlich neben dem Genitalkanal in dessen

ganzer Ausdehnung eine dicht an ihm anliegende neugebildete Höhle, in die aus ihren Wänden eine regelmässige, menstruelle Blutung erfolgt. Man sieht, es fehlt nur der Nachweis von glatten Muskelfasern in den Wänden der Höhle, und wir haben neben dem alten Uterus einen neugebildeten. Doch genug — nach meiner Ansicht kann es, wenn man diese 3 Fälle mit den im Eingang der Arbeit mitgetheilten vergleicht, für den unbefangenen Beobachter keinen Augenblick zweifelhaft sein, dass wir es in allen 3 Fällen mit demselben Entwickelungsfehler zu thun haben. Die Beobachter kommen auch nur auf dem Wege der Exclusion zu ihrer Diagnose und in der That, wenn man an den obigen Bildungsfehler nicht denkt, ist es absolut unmöglich, eine andere Diagnose zu stellen. Auch Simon schwankte in dem obigen Falle zwischen beiden Zuständen und wagte es nicht, sich endgültig für die Annahme des Bildungsfehlers zu entscheiden, da „einerseits das Auftreten der Anschwellung bei Haematocele extrap. an derselben Stelle, in demselben Alter und mit denselben Symptomen schon mehrfach beobachtet war; andererseits die Annahme eines so complicirten und so seltenen Bildungsfehlers bei dem Mangel jedes entscheidenden Momentes eine immerhin sehr gewagte zu sein schien". Dies Bedenken ändert sich natürlich gewaltig, wenn man die obigen Fälle, die Simon dabei jedenfalls im Sinn hatte, gleichfalls für besagten Bildungsfehler erklärt. Den Beweis dafür auch für die ungläubigsten Seelen zu führen, ist natürlich nicht möglich; doch käme es darauf an, ob nicht die betreffenden Autoren, auf die analogen Fälle aufmerksam gemacht, selbst ihre Meinung ändern. Besonders der Hegar'sche Fall ist, was die Anamnese anbelangt, ein so prägnanter, wie man ihn sich nur wünschen kann. Dass es aber bei einseitiger Haematometra nicht nothwendig ist, dass die Schmerzen vom Auftreten der ersten Menses an bestehen, zeigt unser Fall auf's deutlichste. Hier sollte nach der Anamnese die Geschwulst ganz plötzlich mit Eintritt der ersten Beschwerden ausserhalb der Zeit der Periode entstanden sein, während sie gewiss schon vorher, nur kleiner, dagewesen war und bis dahin keine Beschwerden gemacht hatte.

Auch die Beschaffenheit des Blutes spricht in den betreffenden 3 Fällen für die Retention in der Uterinhöhle. Während es bei der retrouterinen Haematocele fast immer Bluteoagula waren, die abgingen, war es in allen diesen ein zähflüssiges, dunkles Blut, nicht geronnen, also ganz wie das Menstrualblut, nur dem

längeren Aufenthalt in einer geschlossenen Höhle gemäss mehr eingedickt. Charakteristisch ist ausserdem in dem Breslau'schen Fall der Umstand, dass der Tumor auch nach der möglichst vollständigen Entleerung noch von aussen fühlbar blieb; und wer wollte, wenn Breslau sagt: „dies konnte seinen Grund entweder in einer Verdickung des Bindegewebssacks oder in einer Ablagerung von Blutcoagulis haben," zweifeln, dass Breslau den Uterus gefühlt habe.

Gerade in diesem Fall spricht für unsere Ansicht noch ein anderer Grund. 6 Tage nach der Punction kommt aus dem Cervicalkanal eine äusserst stinkende, missfarbige Flüssigkeit. Breslau kann sich diese Veränderung nur folgendermaassen erklären: „Nur eine einzige Erklärungsweise scheint mir möglich. Nach der Punction durch die Scheide ging der Rest des nicht entleerten blutigen Inhalts eine schnelle Zersetzung ein; in der Wand des Sackes kam es zu entzündlicher Erweichung. Die Troikartwunde verklebte; der freie Ausfluss der zersetzten Flüssigkeit war gehemmt, und nachdem nun an der vorderen Seite des Cervix, wahrscheinlich in der Gegend des inneren Muttermundes, da wo die Muscularis am schwächsten ist und sich das Peritoneum gegen die Blase hin abhebt, ein Durchbruch erfolgt war, war ein neuer glücklicher Ausweg für den jauchigen Inhalt der Haematocele gegeben." Ganz gewiss war der Inhalt der Geschwulst in den Uterus hinein perforirt; nur wäre es ganz unerhört, dass ein Abscess, dem so viele andere Wege zur Perforation zu Gebot stehen, gerade das dichte, starke Gewebe eines jungfräulichen Uterus zu dieser Stelle erwählte. Auch diese Schwierigkeit fällt bei unserer Interpretation weg. War das Blut in einer zweiten Uterushälfte, so war die vielleicht nur dünne Scheidewand der bequemste Weg zur Perforation — ein Weg, der, wie Rokitansky in seinem 3. Fall (s. oben S. 8) durch die Section nachgewiesen hat, in der That bei diesem Bildungsfehler schon eingeschlagen ist.

Auch die Beschaffenheit der Portio vaginalis spricht in den beiden ersten Fällen zu Gunsten unserer Ansicht. Kussmaul (a. a. O. S. 178) erwähnt, dass die Scheidentheile öfter wohl ausgebildet sind, dass sie aber auch mangelhaft entwickelt sein können, wie sie es in dem Beronius'schen, Déès'schen, Simon'schen und unserm Fall waren. Breslau sagt nun, dass die Lippen der Vaginalportion fast gänzlich verstrichen waren und Hegar gibt an, dass die vordere Lippe ohne Hervorragung in die Scheidenwand überging.

Dass in dem Fall von Herzfelder, obgleich die Menses seit 4 Monaten cessirten, die Beschwerden doch zunahmen, ist nicht unerklärlich, da Kussmaul (a. a. O. S. 192) 2 Fälle anführt, in denen die Blutung nur einseitig erfolgte, ja in dem einen von diesen von Andrieux mitgetheilten Fall fand die Blutung auf der Seite statt, wo die Scheide viel enger und die Halsportion bedeutend kleiner war. Auch in unserm Fall haben wir gesehen, dass die Unabhängigkeit der menstrualen Ausscheidung der beiden Hälften von einander sehr wahrscheinlich war.

Die Scrupel, welche Simon über die Annahme eines so complicirten und so seltenen Bildungsfehlers hat, können nicht getheilt werden, wenn man die ungemein grosse Anzahl von Fällen von doppeltem Uterus und doppelter Scheide durchsieht, die Kussmaul in seinem Werke gesammelt hat. Bei Bildungsfehlern kommen sehr häufig, wie auch diese Fälle zeigen, auch andere Abweichungen von der Norm vor, und Verschluss der Scheide ist, wenn auch ein praktisch sehr wichtiger, so doch durchaus kein sehr seltener Entwickelungsfehler.

Bedenkt man nun ferner, dass einfache Verdoppelung des Uterus und der Scheide zu keinen Gesundheitsstörungen Veranlassung zu geben braucht, ja dass in vielen Fällen Cohabitation, Conception, Geburt und Wochenbett normal verlief, dass aber die Complication dieses Bildungsfehlers mit einseitiger Haematometra fast nothwendig, wenn nicht der Tod früh durch Ruptur erfolgt, zur Cognition irgend eines ärztlichen Beistandes kommen muss, so lässt sich die sehr geringe Anzahl dieser Beobachtungen wohl nur daraus erklären, dass derartige Bildungsfehler, in denen die Menstruation ganz fehlt oder in denen nur die offene Hälfte menstruirt ist, öfter vorkommen, aber natürlich nicht erkannt werden. Ein Fall von vollständigem Mangel der Menstruation bei einseitigem Verschluss eines doppelten Uterus ist wirklich von Rokitansky an der Leiche gefunden und oben (S. 6) mitgetheilt. Die Möglichkeit der zweiten Annahme wird durch die beiden schon einmal citirten Fälle von Kussmaul (a. a. O. S. 192), in denen bei doppeltem Uterus nur eine Seite menstruirt war, ausser Zweifel gesetzt und wird ferner noch durch einen von Voisin (Gaz. des Hôp. 1856, Nr. 88, S. 350) mitgetheilten Fall, den Nélaton operirt hat, unterstützt.

Da Kussmaul in seiner sonst sehr vollständigen Casuistik diesen Fall nicht erwähnt, will ich ihn hier kurz anführen:

Bei der 23jährigen Patientin, die seit ihrem 15. Jahr jeden Monat

menstruelle Beschwerden ohne blutige Ausscheidung hatte, fand sich ein vollständiger Verschluss im Scheideneingang. Ein kindskopfgrosser Tumor, an dem nach links ein kleinerer sass, liess sich mit Leichtigkeit vom Rectum und Abdomen aus constatiren.

Nélaton diagnosticirte den doppelten Uterus und operirte die Atresie.

Am 7. Tage nach der Operation starb sie und bei der Section fand sich ein Uterus bicornis unicollis, die rechte Hälfte stark ausgedehnt wie ein grosses Ei, die linke Hälfte wie eine grosse Nuss. Beide communicirten durch eine enge Oeffnung.

Die Verschiedenheit der beiden Hälften lässt sich wohl nur daraus erklären, dass die linke Hälfte nicht menstruirt hatte.

Es können also, wie ich glaube, keine gegründeten Einwürfe gegen unsere obige Annahme gemacht werden.

Was nun die einzelnen Fälle selbst anbelangt, so reicht bei Hegar und Herzfelder die verschlossene Scheide bis unten herunter; in dem Breslau'schen Fall scheint sie etwas weiter oben blind geendigt zu haben, da man erst $^1/_2$″ vom Scheideneingang entfernt auf die Geschwulst stiess. Eine derartige unvollständige Verdoppelung der Scheide kommt, wie wir schon oben (S. 7) im zweiten Rokitansky'schen Fall gesehen haben, vor, und auch Kussmaul führt (a. a. O. S. 176. Ann. 1. Littre sah bei Uterus duplex bicornis nur den oberen Theil der Scheide gedoppelt) einen derartigen Fall an.

Es kann aber auch, wie der dritte Rokitansky'sche Fall (s. oben S. 7) und der von Leroy (s. oben S. 8) beweisen, bei doppeltem Uterus mit einseitigem Verschluss desselben die Vagina einfach sein. (S. noch Kussmaul a. a. O. S. 186 der Fall von Otto.)

Dieser Fehler scheint in dem dritten von Credé (a. a. O. S. 7) leider ungenau mitgetheilten Fall vorgelegen zu haben. Die 20jährige Kranke hatte nicht geboren. Rechts neben dem etwas links liegenden Uterus lag die Geschwulst von der Grösse einer kleinen Faust. Der Durchbruch des stinkenden und zersetzten Blutes in die Uterushöhle spricht augenscheinlich aus den oben angegebenen Gründen für den doppelten Uterus.

Bei genauerer Betrachtung ferner der sechsten Braun'schen Beobachtung von Haematocele anteuterina kann es gleichfalls nicht zweifelhaft bleiben, womit wir es zu thun haben. Die ganze Beschreibung der Geschwulst stimmt auffallend mit den Erscheinungen von halbseitiger Haematometra überein.]

„Am Bauche findet man eine tiefe, quer verlaufende Furche

in der Nabelgegend, den Oberbauch frei, in der linken Fossa iliaca keinen Tumor, in der rechten Unterbauchgegend eine resistente, bei angebrachtem Druck schmerzhafte, vom Mons veneris im Bogen zum Hüftbeinkamme reichende Geschwulst. Dieser elastische Tumor, über welchem der Percussionsschall gedämpft erscheint, liegt neben der Harnblase; ein an ihm angebrachter Druck pflanzt sich in den in der Vagina liegenden Tumor fort. Letzterer stülpt, wie bei einer Cystokele vaginalis, die vordere Wand der Vagina ein, so dass bei der inneren Untersuchung eine cylindrische, elastische, fluctuirende Geschwulst gefühlt wird, welche der Länge der Scheide nach verläuft. Hinter derselben findet man beiderseits die gegen den Beckeneingang nach aufwärts verzogene, sehr verkürzte Vaginalportion mit einem trichterförmigen, narbigen Muttermund."

Die cylindrische, elastische Geschwulst, die der Länge der Scheide nach verläuft, lässt sich unmöglich auf etwas anderes als auf eine zweite Scheide beziehen, und die Beschreibung der im Abdomen palpirten Geschwulst weist deutlich auf die rechte Hälfte eines Uterus bicornis hin, womit auch die spätere Angabe, dass beim Sondiren der Uterushöhle die Sonde etwas nach links abweicht, übereinstimmt. Auch hier haben wir wieder mangelhafte Bildung der Vaginalportion. Die Person ist allerdings 24 Jahre alt, ist früher immer regelmässig menstruirt gewesen (wann zum ersten Mal ist nicht angegeben), ja sie hat sogar geboren. Dafür indessen, dass die verschlossene Uterushälfte schon vor der Geburt menstruirt hat, spricht die im siebenten Monat der Schwangerschaft vorgefallene birnförmige Geschwulst. Man muss hierbei, da sie mit 24 Jahren jedenfalls wohl schon längere Zeit menstruirt war, annehmen, dass die Menses der verschlossenen Hälfte sparsam geflossen sind. Hierfür scheint auch die Beschaffenheit des entleerten Blutes (chokoladenfarbig, ziemlich dicklich, der längeren Retention gemäss) zu sprechen. Dass die Person schwanger wurde, kann, da in der Literatur die Fälle von Schwangerschaft bei Verdoppelung des Genitalrohrs zu Dutzenden zu finden sind, ganz gewiss nicht auffallen. Interessant ist, dass sie in einer Beckenendlage, die ja, besonders bei einer Primipara, immerhin zu einer genaueren Untersuchung der Geburtswege auffordern muss, geboren hatte. Nach Kussmaul (a. a. O. S. 256) kommen bei doppeltem Uterus ungewöhnliche Lagen durchaus nicht so selten vor. Er zählt 6 Fälle auf, in

denen Schulterlagen die Wendung nöthig machten, zweimal lag das Fussende vor.

Der letzte endlich der hierher gehörigen Fälle, der vierte (a. a. O. S. 310) von Breslau publicirte Fall kann nach den Erklärungen der vorausgehenden Beobachtungen kaum mehr zweifelhaft bleiben. Die „epileptischen Anfälle", die jeder Menstruation vorausgingen, das Verhalten der Vaginalportion („kleiner rundlicher Muttermund, die vordere Lippe kurz, die hintere verlängert, etwas spitz zulaufend"), die Beschaffenheit des entleerten Blutes („von ganz gleicher Beschaffenheit wie bei der ersten Punction in Fall 2" — dem von uns als doppelter Uterus gedeuteten Fall) spricht dafür, dass der obige Bildungsfehler vorlag. Auch die Reste des Tumors „vielleicht mehr des verdickten Bindegewebssackes, als des Inhalts selbst", müssen auf die zweite Uterushälfte bezogen werden.

Dass nach der ersten Punction der Tumor sich so bedeutend vergrösserte, sowie die folgende, schwere, fieberhafte Erkrankung mit endlichem Durchbruch des Inhalts in den Darmkanal, lässt sich einfach so erklären, dass sich die Troikartöffnung in der Scheidenwand verlegt hatte, die in der zweiten Uterushälfte aber offen geblieben war, so dass der blutige Uterusinhalt, in das parametrische Zellgewebe ausgetreten, hier Verschwärung erregt und den Darm perforirt hat. Diese ganze Auslegung ist gewiss nicht so gezwungen, als die Annahme einer primären Blutansammlung in dem um den Uterus gelegenen Zellgewebe bei einer Person, die nicht geboren hat, ein Fall, der nach unserer obigen Auseinandersetzung einzig in der Literatur dastehen würde *).

---

*) Bei Voisin finde ich als Obs. 28 (die Quelle Voisin's, die Fénerly'sche Thèse, war mir trotz meiner Bemühungen nicht zugänglich) einen Fall leider so fragmentarisch angeführt, dass er sich einer genaueren Beurtheilung entzieht. Er betrifft eine 16jährige Leinwandhändlerin von starker Constitution und sanguinischem Temperament, die seit ihrer ersten Menstruation — im 15. Jahr — an habitueller Dysmenorrhoe litt. Schmerzen. Regeln wenig reichlich, dauern 1, 1½ oder 2 Tage. Seit 8 Monaten Tumor in der linken Regio iliaca, der sich langsam vergrössert hat und bei jeder Menstruation anschwillt. Sonst ist sie gesund. Die Untersuchung von der Scheide aus durch Virginität ausgeschlossen. Im Unterleib fühlt man links einen vorspringenden Tumor von der Grösse einer Männerfaust, eckige Form mit abgerundeten Winkeln. Der obere Rand geht bis zur linken Spina iliaca, die er berührt. Sehr hart wie fibrös — ein wenig beweglich — nicht empfindlich auf Druck. Mitunter lancirende Schmerzen in der Lendengegend. Unbehagliches Gefühl von innerer Hitze.

Dies sind sämmtliche als Haematocele beschriebene Fälle, in denen der blutige Inhalt der Geschwulst erwiesen wurde, die mir in der Literatur zugängig waren.

Wir haben gesehen, dass sie sich in 3 Categorien theilen: die bei weitem grösste ist die der Haematocele retrouterina intraperitonealis, 3 Fälle sind Thromben und in 6 Fällen ist eine diagnostische Verwechselung mit obigem Entwickelungsfehler vorgekommen.

Nur der Vollständigkeit halber will ich, da ich das gesammelte Material vorliegend habe, zum Schluss noch die Fälle erwähnen, die, ohne dass ihr blutiger Inhalt erwiesen wäre, mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit als retrouterine intraperitoneale Haematocelen zu deuten sind. Dass man indessen vorsichtig dabei verfahren muss und dass eine ganz sichere Diagnose der Haematocele retrouterina vor der Punction wohl überhaupt nicht zu stellen ist, zeigt der äusserst interessante Fall von Boucher, den Bernutz (Clinique médie. etc., T. I, S. 34) mittheilt. Bei Lebzeiten entsprachen die Resultate der Untersuchung genau denen bei Haematoeele, und bei der Section findet sich eine abgekapselte, eiterige Peritonitis des Douglas'schen Raumes. Sehr interessant ist in dieser Beziehung auch der Fall, den Voisin (a. a. O. S. 52) mittheilt. Auch hier stimmt der Befund der Untersuchung so auffallend mit dem bei Haematocele überein, dass Nélaton dieselbe diagnosticirt, punctirt, statt des erwarteten Blutes aber Eiter erhält.

Ist also die Diagnose mit absoluter Sicherheit vor der Punction wohl nicht zu stellen, so können wir doch folgende Fälle mit grosser Wahrscheinlichkeit als wirkliche intrap. retrouterine

---

Ein Monat nach ihrer Aufnahme erschienen die Regeln nicht, Zeichen von Congestion zum Uterus, 4 Tage darauf Menses, 2 Tage lang — Blut kommt aus der Scheide. Sie stirbt an Peritonitis in Folge der Punction von der Scheide aus, die wegen der Schmerzen nothwendig wird, 8 Monate nach der Aufnahme, 3 Tage nach der Operation. Section: Ungefähr 200 Grammes schwarzen Blutes in der Bauchhöhle — poche au flanc gauche — parois molles peu épaisses — d'un bleu noiratre, avec un déchirure de 0,01 faite par le chirurgien — communiquant avec trompe élargie.

Schade, dass man sich der, besonders was die Section anbelangt, sehr fragmentarischen Notizen wegen eines Urtheils enthalten muss. Das, was gesagt ist, spricht für einen doppelten Uterus mit linksseitiger Atresie. Dass dies selbst bei der Section unbemerkt geblieben, wäre allerdings sehr auffallend, doch ist das »communiquant avec trompe élargie«, da sie Jungfrau war, zusammengehalten mit der Anamnese, sehr verdächtig.

Haematocelen bezeichnen, bei denen das ergossene Blut resorbirt wurde. Es gehören hierher:

1. Nélaton, Gaz. des Hôp., 1851, Nr. 143, S. 573.
2. Nélaton, „ „ „ 1853, „ 100, „ 403.
3. Nélaton, „ „ „ 1853, „ 152, „ 612.
4. Voisin, Thèse, S. 80, Obs. 3.
5. Voisin, „ „ 84, „ 4.
6. Voisin, „ „ 87, „ 5.
7. Voisin, „ „ 104, „ 16.
8. Heurtaux, Voisin, Thèse, S. 60.
9. Gallard, Union médic., Novbr. 1854. Engelhardt, Thèse, S. 33, Obs. 7.
10. Seyfert, Spitals-Ztg. 1863, Nr. 35, S. 395. Erster Fall.
11. Seyfert, „ „ „ 35, „ 396. Zweiter Fall.
12. Seyfert, „ „ „ 36, „ 412. Vierter Fall.
13. Braun, Oesterr. Zeitschr. f. pr. Heilk. 1864, Nr. 22, S. 413. Erster Fall.
14. Braun, ebendaselbst, Nr. 24, S. 453. Zweiter Fall.
15. Braun, ebendaselbst, Nr. 25, S. 481. Vierter Fall,

und wohl auch:

16. Breslau, Monatsschr. f. Geb. u. Fr. 1857, IX, S. 455,

mit dem allerdings seltenen günstigen Ausgang in Ruptur in die Bauchhöhle.

Indem ich diese Fälle aufzähle, will ich natürlich nicht behaupten, dass mir nicht ein oder der andere Fall, der dasselbe Anrecht hat, entgangen sei; jedenfalls aber sind in der Literatur eine Menge Beobachtungen unter dem Namen Haematocele angeführt, die gewiss nicht dahin gehören. Ihre Aufzählung will ich dem Leser erlassen.

Fassen wir zum Schluss in Kürze die Resultate unserer kritisch-diagnostischen Untersuchungen zusammen, so werden wir ungefähr folgende Sätze erhalten:

1. Will man ein klinisches Krankheitsbild der Haematocele festhalten, so sind vor Allem die freien Blutergüsse in den Peritonealraum, mögen sie kommen woher sie wollen, auszuschliessen.

2. Nur die Haematocele retrouterina intraperitonealis ist durch ausführliche Krankengeschichten, die mit deutlichen Sectionsbefunden versehen sind, über allen Zweifel sicher gestellt. Diese Fälle geben zugleich ein ganz charakteristisches precises Krankheitsbild der Affection.

3. Die extraperitoneale Haematocele ist unzweideutig nur durch einen Sectionsbefund (Ott) erwiesen. Dieser wurde zufällig gefunden; und wenn auch der Zustand des Uterus dafür sprach, dass die Person nicht geboren hatte, so sind doch bei dem Fehlen jeder Anamnese traumatische Einwirkungen nicht ausgeschlossen. Ferner existirt — von Schwangeren, Kreisenden und Wöchnerinnen abgesehen — nur eine Beobachtung (Betschler), bei der man nach dem Resultat der Untersuchung an der Lebenden den extraperitonealen Sitz annehmen muss und bei der die Punction den blutigen Inhalt bewies: und auch bei dieser Patientin entstand der Tumor in Folge einer körperlichen Anstrengung 7 Wochen nach der Geburt.

4. Die Haematocele anteuterina ist allerdings pathologisch-anatomisch möglich und als solche durch eine Section (Martin-Magron und Soulié) nachgewiesen, war jedoch in diesem Fall eine Theilerscheinung der grösseren retrouterinen und bildete die anteuterine keinen Tumor im vorderen Scheidengewölbe. Die übrigen sechs als anteut. Haematocele beschriebenen Fälle, in denen der blutige Inhalt der Geschwulst wirklich nachgewiesen ist, sind irrig diagnosticirt und hat in allen diesen Fällen ein doppelter Uterus — bald mit, bald ohne doppelte Scheide — mit Atresie und Verhaltung des Menstrualblutes der einen Hälfte vorgelegen.

5. Hierdurch fällt die Stütze, die der Nachweis des blutigen Inhalts von sechs neben und vor dem Uterus extraperitoneal gelegenen Tumoren, so und so viel Fällen von ähnlich gelegenen Tumoren gab, bei denen der blutige Inhalt nicht bewiesen ist, fort, und es ist somit — von den blutigen Tumoren bei Schwangeren, Kreisenden und Wöchnerinnen abgesehen — keine andere Blutgeschwulst in der Umgebung des Uterus sicher nachgewiesen, als die Haematocele retrouterina intraperitonealis.

Druck von C. H. Goergi in Aachen.